

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1936

N°

THÈSE

706

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Antonio MACEO

Né le 9 Août 1909, à La Havane

LA MALADIE NÉOFORMANTE
DU COL DE LA VESSIE
CHEZ LA FEMME

DIAGNOSTIC - TECHNIQUE OPÉRATOIRE ET RÉSULTATS

Travail du Service de M. le Professeur Agrégé Heitz-Boyer
(Service Civile)

Président : M. MARION, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1936

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Antonio MACEO

Né le 9 Août 1909, à La Havane

LA MALADIE NÉOFORMANTE
DU COL DE LA VESSIE
CHEZ LA FEMME

DIAGNOSTIC - TECHNIQUE OPÉRATOIRE ET RÉSULTATS

Travail du Service de M. le Professeur Agrégé Heitz-Boyer
(Service Civile)

Président : M. MARION, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1936



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	ROUVIÈRE.
Physiologie.	LÉON BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.	LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (Justin) . . .	Hydrologie.	M ^{lle} J. LÉVY.	Pharmacologie.
BOULIN.	Pathologie médicale.	LÉ Y-VALENSI.	Neurologie et Psychiâtrie.
BULLIARD.	Histologie.	MOREAU.	Pathologie médicale.
CATHALA.	Pathologie médicale.	MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
CHEVALLIER.	Pathologie médicale.	MOUQUIN.	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.	OBERLING.	Anatomie pathologique.
FEY.	Urologie.	PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.	Parasitologie.	PIÉDELIÈVRE.	Médecine légale.
GASTINEL.	Bactériologie.	PORTES.	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.	RICHET.	Physiologie.
GAYET.	Physiologie.	SANNIÉ.	Chimie biologique.
GIROUD.	Histologie.	SÉNÈQUE.	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.	TROISIER.	Pathologie expérimentale.
HALPHEN.	Oto - rhino-laryngologie.	TURPIN.	Pathologie médicale.
HAZARD.	Pharmacologie.	VIGNES.	Obstétrique.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.	WILMOTH.	Pathologie chirurgicale.
JOANNON.	Hygiène.		
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.		
LACOMME.	Obstétrique.		
LANTUÉJOUL.	Obstétrique.		
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.	LEROUX.	Anatomie pathologique.
BUSQUET.	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.

ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN. . . .
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT. . . .
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL.
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

M.M.

BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
GATELLIER.
HEITZ-BOYER.
MOURE.
QUENU.
SCHWARTZ.
VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.....
GUÉNIOT.....
LE LORIER.....
LÉVY-SOLAL.....
METZGER.....

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD.
WEIL-HALLÉ.
RUFFE.

Education physique.
Radiologie clinique.
Puériculture.
Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Les grèves récentes ont empêché d'avoir à temps les clichés d'Iconographie indiqués dans le texte (surtout les clichés en couleurs) pour pouvoir les faire paraître sur les exemplaires de Faculté.

A la mémoire vénérée de mon grand-père :

M. ANTONIO MACEO Y GRAJALES.

Général Major,
Libérateur de Cuba.

A MON PÈRE,

Dont les nobles conseils, continuels sacrifices et vertueux exemple ont contribué à faire de moi ce que je suis;

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance éternelle et grand amour filial.

A MA MÈRE,

Dont le dévouement et les sacrifices ont été mon plus précieux encouragement.

Humble hommage de ma tendresse et amour filial.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
M. le Professeur G. MARION,
Professeur de Clinique Urologique
à la Faculté de Médecine.
Membre de l'Académie de Médecine.

*Qui a bien voulu accepter la présidence
de cette thèse. Nous lui exprimons ici l'as-
surance de notre respectueuse gratitude.*

A MON MAITRE,
M. le Professeur agrégé M. HEITZ-BOYER,
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

*Qui nous a fait le grand honneur de
nous accueillir près de lui avec la plus
encourageante bonté, et a bien voulu nous
fournir les éléments de cette thèse;*

*Qu'il nous permette de lui exprimer
nos sentiments d'affectueuse gratitude et
du plus profond attachement.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE LA HAVANE.

CHAPITRE PREMIER

PREAMBULE

L'Urétrocystoscopie qui, quoique sœur cadette de la cystoscopie, présente aujourd'hui un intérêt au moins aussi grand que son aînée, a permis, dans ces vingt dernières années, de transformer profondément le Diagnostic et le Traitement d'une série de lésions siégeant au niveau du Col Vésical et de la portion d'Urètre adjacent — lésions inconnues ou mal connues auparavant, et sur lesquelles on restait autrefois sans action thérapeutique directe : il s'est, de ce fait, créé tout un domaine nouveau en Urologie — et cela dans l'un comme dans l'autre sexe.

A. — Chez l'HOMME, le progrès qui en est résulté est considérable pour la pathologie et la thérapeutique de la *cavité Prostatique* et de la *Prostate* elle-même, au triple point de vue de leurs lésions INFLAMMATOIRES simples, de leurs lésions NÉOPLASIQUES (que celles-ci soient encore *inflammatoires* ou nettement *adénomateuses*), et enfin de ces lésions « CAVITAIRES » du tissu prostatique, d'histoire toute récente et si intéressantes. Nous n'avons guère à rappeler la part qu'a prise à l'établissement de ce chapitre nouveau notre maître HEITZ-BOYER, qui, depuis 1919, a dans de très nombreuses communications envisagé les différents as-

pects pathogénique, diagnostique et thérapeutique des trois variétés de lésions distinguées plus haut.

a) En ce qui concerne les lésions *Diverticulaires* creusées en plein tissu prostatique, les plus récemment mises en lumière, près de vingt travaux publiés successivement (1) depuis 1933 lui ont permis de caractériser une véritable « MALADIE DIVERTICULAIRE DE LA PROSTATE », dont l'importance et les méfaits dépassent toutes les prévisions ;

b) en ce qui concerne les lésions *Inflammatoires simples ou néoformantes* localisées à la muqueuse,

(1) Série des publications sur la maladie diverticulaire de la prostate: 1. Cours de Saint-Louis, 1928, 29, 30. — 2. L'Urétrographie et ses enseignements (avec Tissot). *Cong. franç. d'Urol.*, octobre 1930. — 3. Nouvelle série d'Urétrographies. *Soc. fr. d'Urol.*, 13 juin 1931. — 4. A propos de la Technique de l'Urétrographie: nécessité pour un diagnostic précis des trois vues, face, profil droit, profil gauche; utilité, pour les obtenir, d'une Table radiologique à roulis. *Soc. franç. d'Urol.*, 6 juillet 1931. — Formations diverticulaires de la prostate (Géodes, Diverticules, Cavernules Prostatiques). Intérêt, diagnostic et pathogénie de ces lésions: leur traitement chirurgical par l'évidement pratiqué à la haute-fréquence. *Journal d'Urologie*, juillet 1933. — Formations diverticulaires de la prostate et maladie du col: relations étiologiques à établir entre ces formations diverticulaires et la prostatite chronique hypertrophiante, les sténoses cervicovésicales, les diverticules vésicaux, les dilatations urétérales et rénales. Essai de chirurgie préventive de ces lésions. *Soc. franç. d'Urol.*, 3 juillet 1933. — La « Maladie diverticulaire » de la prostate. *Congrès Italien d'Urologie*, octobre 1933. — Formations diverticulaires prostatiques et orchites à répétition: intérêt de l'urétrographie en pareil cas. *Soc. franç. d'Urol.*, 19 février 1934. — Diverticule prostatique et hémorrhagie récidivante. *Soc. franç. d'Urol.*, 19 mars 1934. — Urétrographie des diverticules prostatiques, et lithiase et cancer. *Soc. franç. d'Urol.*, 9 juillet 1934. — La maladie diverticulaire de la prostate. *Congr. franç. d'Urol.*, octobre 1934. — Urétrographies et formations diverticulaires de la prostate: son utilité pour la technique de l'évidement. *Soc. franç. d'Urol.*, 21 janvier 1935. — Maladie diverticulaire de la prostate et septicémie. *Soc. franç. d'Urol.*, 21 janvier 1935. — Maladie diverticulaire de la prostate et calculs prostatiques. *Soc. franç. d'Urol.*, 18 février 1935. — Maladie diverticulaire de la prostate et cancer la prostate. *Soc. franç. d'Urol.*, 18 février 1935. — Maladie diverticulaire de la prostate; l'urétrographie, facteur essentiel. *Cong. franç. d'Urologie*, octobre 1935. — A propos de la maladie diverticulaire de la prostate: prostatite chronique hypertrophiante péridiverticulaire, et hypertrophie adénomateuse de la prostate; valeur de l'urétrocystoscopie

HEITZ-BOYER en faisait, dès 1919, le sujet d'une communication à une des toutes premières séances de la Société Française d'Urologie (2), communication qui était développée dans la thèse de son élève Arsac. « Traitement de l'Infiltration molle de l'Urètre postérieure par la Haute Fréquence (forme Etincelage), thèse Paris, 1921 » ; il montrait, en même temps que la fréquence de ces altérations de l'urètre profond cause méconnue de troubles urinaires rebelles, quelle ressource inespérée constituait pour leur thérapeutique, jusque là si décevante, la Haute Fréquence sous forme d'Etincelage ;

c) enfin, en ce qui concerne les lésions *Néoforantes Tumorales bénignes*, c'est-à-dire l'*Hypertrophie de la Prostate*, il établissait déjà au Congrès Français de Chirurgie de 1919 (3), et l'année suivante à l'Association française d'Urologie (4), quels résultats intéressants on pouvait obtenir de son traitement Urétrocystoscopique ; puis, devant les membres du Con-

pour poser le diagnostic différentiel. *Soc. franç. d'Urol.*, 18 novembre 1935. — Nouvelles électrodes de haute-fréquence. *Soc. franç. d'Urol.*, 18 novembre 1935. — Urétrographie avec « remplissage variable ». *Soc. franç. d'Urol.*, 18 novembre 1935. — Thèse de Sanjurjo: Importance de l'urétrographie dans la maladie diverticulaire de la prostate. *Paris, novembre 1935*. — A propos de l'anatomie pathologique de la prostatite chronique hypertrophiante péridiverticulaire: Relation et comparaison des lésions inflammatoires et adénomateuses du col utérin et de la prostate; métrites adénomateuses; prostatites adénomateuses. *Soc. franç.*, 17 janvier 1936. — *In these* de Vogel: Prostatite chronique hypertrophiante et maladie diverticulaire de la prostate. *Paris, février 1936*. — Observation type d'un cas complexe de maladie diverticulaire à forme de prostatite chronique hypertrophiante, avec opération endoscopique et disparition consécutive des multiples accidents. *Soc. franç. d'Urol.*, 17 février 1936.

(2) Heitz-Boyer: De l'étincelage de haute-fréquence dans les Urétrites chroniques. *Soc. franç. d'Urol.*, décembre 1919.

(3) Heitz-Boyer: Emploi de la haute-fréquence contre l'hypertrophie de la prostate. *XX^e Cong. français de Chirurgie*, octobre 1919.

(4) Heitz-Boyer: Traitement de l'hypertrophie de la prostate par les courants de haute-fréquence. *Assoc. franç. d'Urologie*, octobre 1920.

grès Français d'Urologie de 1923, il mettait en pratique la Technique Opératoire à utiliser en pareil cas sur un malade, qui put être montré au Congrès suivant complètement guéri, et qu'il a pu dix ans plus tard (5) présenter restant encore complètement guéri. Aussi bien, voici près de dix ans, en 1926, alors que cette question restait encore dédaignée de la plupart des Urologues, il l'envisageait en son ensemble dans la thèse de son élève Clouard, « Traitement de l'Hypertrophie de la Prostate par la Haute Fréquence » (thèse de Paris, 1926), s'efforçant de *mettre au point les « possibilités réelles du moment »* concernant ce traitement endoscopique de l'Adénome prostatique par la Haute Fréquence ; il concluait que les résultats étaient certes intéressants, mais restaient encore limités et d'indications assez restreintes avec les *courants Coagulants, seuls utilisés alors* ; il a fallu, en effet, pour étendre ces indications, que les urologues aient à leur disposition les nouveaux *courants Coupants* permettant la création d'un véritable Bistouri Electrique dont il en présentait la réalisation en décembre 1928 à la Société de Chirurgie (6) ; il en montrait le mécanisme d'action dès cette première communication, qui devait être suivie de toute une série d'autres sur ce même sujet à la même Société (7), à l'Académie des

(5) Heitz-Boyer: Résultat éloigné d'une destruction de l'hypertrophie de la prostate par la haute-fréquence; succès se maintenant complet après dix ans. *Soc. franç. d'Urol.*, janvier 1933.

(6) Heitz-Boyer: Emploi des courants de haute-fréquence en chirurgie: mécanisme d'action et effets des courants produits par les appareils à lampes; leurs applications chirurgicales. *Soc. de Chir.*, janvier 1929.

(7) Action hémostatique secondaire du bistouri à haute-fréquence. *Soc. de Chir.*, 10 juillet 1929. — Action hémostatique et non shokiante du bistouri électrique utilisé en courant mixte. *Soc. de Chir.*, 4 décembre 1929. — A propos du bistouri à haute-fréquence; la question des hémorragies secondaires. *Soc. de Chir.*, 12 mars 1930. — Le bistouri électrique dans la chirurgie du cancer. *Février* 1931. — Résultats actuels de la chirurgie par le bistouri à haute-fréquence. *Cong. franç. de Chir.*, octobre 1930.

Sciences (8) et à la Société de Biologie (9). Aujourd'hui, le progrès ainsi apporté par les différentes modalités de Haute Fréquence, particulièrement dans la thérapeutique urinaire Endoscopique, a pris définitivement droit de cité, surtout après le très documenté et si remarquable rapport de FEY et DOSSOT au Congrès Français d'Urologie en 1933, et aussi (il faut bien le dire), du fait de la vogue que cette méthode avait obtenue ces cinq à six dernières années en Amérique, grâce à MAC CARTHY. A l'heure actuelle, il ne reste plus qu'à en préciser bien les limites, comme a essayé de le faire notre maître depuis trois ans dans une série de communications aussi bien à la Société (10) qu'au Congrès Français d'Urologie (11): il faut, en effet, ni les étendre ni les restreindre par trop, mais analyser avec rigueur et impartialité les résultats obtenus, dont certains sont déjà absolument indiscutables, et qui viennent de trouver un domaine nouveau, où leurs avantages se montrent hors de contestation, dans ces lésions Hypertrophiantes ou Sclérosantes par Prostatite Chronique d'origine Diverticulaire: HEITZ-BOYER, et ses élèves Vogel, et tout récemment Martin dans leurs thèses respectives, ont montré que c'était là une indication très nette de l'opération endoscopique.

(8) (Avec Champy): Mécanisme d'action du bistouri électrique à haute-fréquence (effets thermiques et mécaniques des courants de haute-fréquence sur les tissus). *Acad. des Sciences*, 8 décembre 1929. — (*Idem*): Etude des effets mécaniques des courants de haute-fréquence: leur action hémostatique sur les vaisseaux. *Acad. des Sciences*, 15 décembre 1929.

(9) (Avec Champy): Etat des voies lymphatiques après les sections au bistouri électrique. *Soc. de Biologie*, 2 mai 1931.

(10) Heitz-Boyer: Traitement endoscopique de l'hypertrophie de la prostate par les courants de haute fréquence. Indications, instrumentation, technique. *Soc. franç. d'Urol.*, 14 juin 1933.

(11) L'électrochirurgie et la radiochirurgie en chirurgie urinaire; six ans d'expérience. *Cong. franç. d'Urol.*, octobre 1933. — Les indications opératoires de la destruction prostatique par la haute-fréquence. *Cong. franç. d'Urol.*, octobre 1935. — Sur la technique de la résection prostatique. *Cong. franç. d'Urol.*, octobre 1935. — La résection électrique des obstacles cervicaux chez les cystotomisés. *Cong. franç. d'Urol.*, octobre 1935.

Tel est le résumé très succinct concernant l'HOMME, de l'effort accompli par notre maître depuis quinze ans dans ce domaine Urétrocystoscopique du Col Vésical et de l'Urètre profond, au double point de vue du diagnostic et de la thérapeutique ; le progrès qui a pu être ainsi obtenu n'a d'ailleurs guère plus besoin d'être mis en lumière, car de nombreuses publications sur ce sujet parues au cours de ces trois ou quatre dernières années montrent tout l'intérêt qu'il soulève maintenant.

B. — Or, en regard, chez la FEMME, il est curieux et surprenant que l'effort parallèle fait par HEITZ-BOYER en ce qui concerne l'Urétrocystoscopie du Col Vésical chez elle, n'ait pas eu encore le retentissement et la faveur que le sujet mérite. En effet, voici déjà plus de seize ans qu'à de nombreuses reprises Heitz-Boyer est revenu sur ce sujet, traité par lui dès 1922 et 1923 dans deux communications au Congrès Français d'Urologie (12), où il avait pu apporter plus de quarante aquarelles caractérisant les multiples aspects de ces « Néoformations Inflammatoires du Col Vésical chez la femme ». Dans ce travail initial, il montrait la diversité extrême, la fréquence de ces lésions ; il insistait sur leur pathogénie qui, pour lui, réside dans une « irritation inflammatoire prolongée du Col Vésical », qui elle-même est en rapport le plus fréquemment avec un Syndrome Entérorénal, infectant depuis plus ou moins longtemps la vessie ; enfin, il précisait la thérapeutique nécessaire, thérapeutique « chirurgicale » si parfaitement curative grâce à un « Etincelage » de Haute Fréquence, dont déjà il pouvait montrer des résultats nombreux et convaincants. Depuis treize ans, il a pu accumuler des centaines d'observations en ville et à l'hôpital, soit de lui-même,

(12) Heitz-Boyer: Urétroscopie postérieure. *Cong. franç. d'Urol.*, octobre 1922. — Lésions de l'urètre postérieur et du col vésical et syndrome entérorénal. *Cong. franç. d'Urol.*, octobre 1923.

soit ensuite, à partir de 1926, de ses différents collaborateurs à Saint-Louis et à Lariboisière ; et il résumait l'ensemble de la question d'abord dans la thèse de Sandoval en 1926 sur: « L'Urétrocystoscopie dans les lésions du Col Vésical et de l'Urètre profond » ; et, sept ans plus tard, en 1933, dans la thèse de son élève Loup, sous le titre « Les Néoforations Inflammatoires du Col Vésical chez la femme (Urétrocervicite néoformante) » *Thèse de Paris*. Dix et trois ans après ces travaux notre maître constate que cette question si importante qui domine absolument le chapitre des Cystites Rebelles dans le sexe féminin (les lésions tuberculeuses étant mises à part), semble rester encore quasi ignorée de la majorité des urologues, dont beaucoup après avoir même mis en doute son existence, nient en tout cas son importance et sa fréquence : or, combien de patientes atteintes de Cystite viennent encore, ou à sa consultation ou à Lariboisière pour de telles lésions, patientes qui ont suivi depuis des années d'innombrables traitements, à la fois locaux et par la bouche, *sans aucun résultat* — cystites interminables vraiment, réfractaires à toute la thérapeutique classique, rendant parfois les patientes de véritables infirmes, transformant leur vie — chez les pauvres, les privant d'une activité rémunératrice — chez les malades aisées, leur imposant une existence dépourvue de tout agrément. Et pourtant, il suffit chez ces patientes de pratiquer une Urétrocystoscopie pour poser le diagnostic étiologique, permettant seule d'en déduire une thérapeutique curative, qui sera, on peut vraiment le dire, quasi-miraculeuse pour beaucoup de ces malheureuses, guéries du jour au lendemain et reprenant une vie normale !

Si l'on trouve que nous exagérons dans cette sorte d'« exorde à notre travail », on n'aura qu'à compulsier les observations que nous rapportons plus loin de la statistique d'Heitz-Boyer ; on y verra quel était

l'état lamentable de toute une série de ces malades, dont quelques-unes devenues des psychiques et allant jusqu'à parler de suicide ! et, en revanche, quelle transformation, quelle guérison complète a été apportée par la thérapeutique endoscopique mise alors en jeu. A vrai dire, ces toutes dernières années, plusieurs urologues ont eu leur attention attirée sur certaines de ces lésions, et ils en ont fait l'objet de communications, comme le Professeur DE SMETHS (13) et le Professeur HORTHOLOMÉI (14) ; mais ce sont là des faits isolés, et on peut affirmer que ce que notre maître appelle la « MALADIE NÉOFORMANTE DU COL VÉSICAL CHEZ LA FEMME » *ne tient pas, en urologie, la place qu'elle mérite d'occuper*. C'est la raison qui nous incite à y consacrer notre travail inaugural, en consacrant à ce sujet une troisième thèse.

Nous commencerons par rappeler quelques côtés essentiels de l'histoire de ces lésions, concernant leur étiologie et pathogénie ; en revanche, nous insisterons longuement sur les trois points suivants :

a) Le DIAGNOSTIC, ce diagnostic si précieux à poser, que l'on pourra souvent présumer déjà de par les troubles fonctionnels, mais qui ne pourra être affirmé et établi de façon indiscutable que par une *exploration Urétrocystoscopique* : de nombreuses aquarelles que nous reproduisons et de plus nombreux schémas encore montreront l'aspect morphologique si variable d'un sujet à l'autre de ces lésions néoformantes, que l'on ne saurait nullement concrétiser sous le nom trop restreint de *Polypes* ; car l'aspect polypeux n'en est qu'une variété, qui, d'ailleurs, peut

(13) Dr Smeths : Les polypes du col vésical chez la femme. *Cong. franç. d'Urol.*, 1929.

(14) Hortolomei : L'urétrotrigonite proliférante chez la femme. *Cong. franç. d'Urol.*, 1934.

manquer et qui, beaucoup plus souvent, s'associera avec d'autres altérations kystiques, angiomateuses, vésiculeuses et même purulentes. Nous insisterons beaucoup sur les difficultés rencontrées pour leur diagnostic dans certains cas, sur le soin méticuleux indispensable avec lequel il faudra, chez ces patientes, pratiquer l'exploration endoscopique pour ne pas laisser inaperçue une lésion unique, petite, ou surtout en méconnaître la multiplicité, enfin sur certains artifices d'exploration que l'expérience a montrés précieux à HEITZ-BOYER et qui impliquent des manœuvres instrumentales spéciales.

b) En second lieu, nous décrirons minutieusement la TECHNIQUE OPÉRATOIRE à suivre pour les détruire, le traitement chirurgical étant seul capable de les guérir — technique qui, pour complète et efficace, mettra souvent en jeu l'ingéniosité et l'habileté de l'urologue — technique où pour obtenir les résultats qu'a pu enregistrer notre maître, doivent intervenir à bon escient, à la fois la modalité électrique à employer et l'instrumentation mécanique à utiliser, celle-ci devant concerner en premier lieu l'Urétrocystoscopie et les Electrodes, mais aussi tout l'appareillage extérieur.

Enfin, c) troisième point, nous apporterons en détail quelques RÉSULTATS probants de la statistique de notre maître, de sa clientèle comme de ses services hospitaliers, résultats dont quelques-uns sont très éloignés, puisque toute une série de ces patientes ont été opérées depuis quinze et seize ans ; c'est ce recul qui donnera un caractère indiscutable au jugement que nous établirons sur cette nouvelle thérapeutique urologique, qu'il faut porter à l'actif d'une conjonction heureuse de l'Urétrocystoscopie et de la Haute Fréquence, et que nous devons à M. HEITZ-BOYER.

En résumé, nous voudrions espérer que ce travail, grâce aux faits recueillis et relatés, appuyés sur une abondante documentation iconographique, prenant une valeur toute particulière grâce au recul des observations recueillies et de leurs résultats enregistrés, puisse fixer définitivement l'attention des urologues sur cette MALADIE NEOFORMANTE DU COL VESICAL CHEZ LA FEMME, sur cette « Urétrocystite Néoformante féminine ». Combien les spécialistes s'en trouveront récompensés par des succès obtenus chez des patientes qui étaient restées le plus souvent jusque là incurables, et où le diagnostic exact posé et la thérapeutique adéquate appliquée transformeront véritablement la vie des patientes. On est vraiment surpris, ainsi que le dit M. HEITZ-BOYER dans son service, « combien, de même que pour la Maladie Diverticulaire chez l'Homme, des lésions si minimes et ainsi localisées au Col de la Vessie peuvent entraîner de si grands accidents, bouleversant toute l'existence d'une femme... »

CHAPITRE II

QUELQUES GENERALITES

Ce chapitre préliminaire de notre thèse évoquera rapidement trois points essentiels caractérisant ces lésions néoformantes du Col Vésical, points qui avaient été bien développés déjà dans la thèse de LOUP, mais qui nous ont paru indispensables à rappeler succinctement dans la nôtre. Ce sont :

a) Le grand *intérêt pratique*, l'*importance* de cette maladie néoformante, qui justifient la place qu'elle doit maintenant prendre en urologie, qu'elle mérite d'occuper désormais dans l'attention non seulement des urologues, mais de tout médecin ; car la question cystite relève de la pratique courante, celle de tous les jours.

b) Le rapide *historique* qui permettra de comprendre pourquoi tout naturellement ce domaine nouveau de l'urologie s'est trouvé rester méconnu jusqu'à ces dernières années.

c) L'*Etiologie* habituelle de ces lésions récemment mises en lumière, cette notion de pathogénie comportant une déduction pratique essentielle, à savoir la nécessité d'adjoindre, au traitement chirurgical immédiatement curatif de cette lésion ordinairement secondaire, le traitement médical complémentaire du trouble causal, traitement seul capable dans l'avenir d'empêcher la reproduction de ces néoformations.

A. — Intérêt de la Maladie Néοformante du Col Vésical.

Cet intérêt ressort du fait, sur lequel HEITZ-BOYER ne cesse d'insister, que mettront bien en évidence ses nombreuses observations, qui est le suivant : *ces minuscules lésions du Col Vésical et de l'Urètre adjacent sont capables, par les troubles de Cystite Rebelle qu'elles entretiennent, de bouleverser complètement l'existence de la femme qui les présente* — jusqu'à l'amener à l'idée de suicide ! Elles font très souvent de cette patiente une véritable infirme, toujours elles entravent gravement son activité.

Un tel tableau, quelque peu dramatique, est exact ; il s'explique et se justifie par les caractères particuliers des troubles éprouvés par ces patientes et que voici concrétisés :

1° leur évolution *rebelle* ; en effet, le propre des accidents est de résister toujours de façon anormale aux traitements classiques, lavages vésicaux et antiseptiques urinaires, lesquels alors ou n'obtiennent pas de résultat du tout, ou donnent des résultats incomplets et en tout cas éphémères ;

2° leur caractère *récidivant* qui, du fait que, les douleurs et fréquences des mictions reparaissent même après des périodes de calme, lasse et exaspère ces malades ; aussi, découragées à juste titre, commencent-elles alors le plus souvent à consulter d'urologue en urologue !

3° Cette persistance des troubles, le retour éventuel des accidents impliquant une menace toujours suspendue sur leur tête, vont agir sur le côté psychique de ces patientes, qui auront double raison pour, soit se déprimer, soit s'irriter :

a) Ces femmes se dépriment, parce que les souffrances de cystite sont les plus pénibles à supporter

de toutes les crises douloureuses abdominales ou pelviennes ! plus que les coliques néphrétiques ou hépatiques, elles sont redoutées, et HEITZ-BOYER explique ce fait par suite du caractère obligatoire de la miction, que le patient sait devoir nécessairement revenir soit dans l'heure suivante, soit même dans les trente, vingt, quinze minutes qui suivent, avec tout son cortège douloureux : ainsi, se crée un véritable état d'anxiété... Or, ce sont les douleurs où existe l'anxiété qui sont toujours, on le sait, les plus difficiles, de beaucoup, à supporter.

b) Ces femmes s'irritent, du fait du médecin souvent, de leur entourage toujours ; en effet, l'urologiste, soignant ou consultant, s'il n'a pas fait le diagnostic étiologique urétrocystoscopique, ne comprendra rien à la persistance de ces troubles, qu'il sera dès lors porté — surtout s'il a pratiqué des cystoscopies (souvent répétées) et des cathétérismes urétéraux qui seront restés négatifs — à considérer les symptômes dont se plaint la patiente comme étant sans base lésionnelle et par conséquent « imaginaires » ; d'autre part, l'entourage de ces patientes, lesquelles à la fois se plaignent continuellement et se replient sur elles-mêmes, abandonnant toute vie active (de travail ou de plaisir), leur entourage arrive à les considérer comme « s'écoulant », comme des « neurasthéniques » « qui n'ont rien », il leur prêche « d'avoir de l'énergie ».... La patiente, devant cette double réaction du médecin et de la famille, la patiente qui, elle, sait « qu'elle souffre vraiment », se cabre devant tant d'injustice de la part de l'un comme de l'autre ; elle en est toujours profondément affectée et ulcérée et se replie sur elle-même.

Si l'on ajoute à ce tableau, le fait que, pour une malade qui a à gagner sa vie, ce sont alors souvent ses moyens de vivre qui vont lui échapper (HEITZ-BOYER rappelle sans cesse la vendeuse modiste qu'on

traitait à Saint-Louis depuis près d'un an sans succès, même par des lavages les plus forts possibles de nitrate d'argent, et qui, faute de ne pouvoir rester plus d'une demi-heure sans uriner, allait se trouver jetée sur le pavé et parlait de se tuer)... — on comprend que de telles patientes soient peu à peu classées comme des *psychiques*, et adressées de ce fait à des psychiatres, comme c'est le cas pour cinq des patientes d'HEITZ-BOYER — sans parler de deux d'entre elles qui ont même été hospitalisées dans des maisons de santé de cet ordre !

4° Enfin, dans certains cas, ces lésions néoformantes cervicales pourront par elles-mêmes, de par la gravité des Complications surajoutées, devenir très graves, menaçant directement la vie : il en est ainsi dans certaines formes *hématuriques* à saignement abondant (deux cas typiques d'HEITZ-BOYER), ou à *rétention vésicale* (qui dans un cas même entraîna dans les voies urinaires supérieures des troubles de rétention d'abord simple, puis infectée, qui ont amené la quasi-destruction des deux reins).

N'est-il pas, devant un tel tableau non poussé au noir, et parfaitement véridique (comme les faits que nous rapporterons le prouveront) — n'est-il pas justifié de dire que cette Maladie Néoformante du Col Vésical peut présenter autant d'importance, plus d'importance même qu'un calcul du rein ! elle « empoisonnera » souvent une existence bien davantage qu'une des grosses lésions classiques, polype vésical ou lithiase rénale.

B. — Historique.

Un bref historique va expliquer le fait que la Maladie Néoformante n'avait pas été décrite et autonymisée avant qu'HEITZ-BOYER ne le fit il y a une quinzaine d'années : la raison en est que l'on n'avait ja-

mais *Urétrocystoscopé systématiquement* ces cystites rebelles de la femme. HEITZ-BOYER y fut amené de la façon suivante :

« Etant chef de clinique à Necker, lui fut adressée en 1909 une compatriote très recommandée du Limousin, qui était devenue complètement neurasthénique par des troubles de cystite rebelle datant de deux ans, sur laquelle tous les collègues de là-bas avaient épuisé les traitements classiques sans succès, et comme cette patiente était très nerveuse (nous verrons l'influence indiscutable et très grande du terrain névropathique chez de telles patientes), tous étaient arrivés à la considérer comme une malade imaginaire. Or, cette malade de temps en temps urinait un peu de sang, ce qui était bien la signature de l'existence d'une lésion ; mais trois cystoscopies et deux cathétérismes des reins n'ayant montré rien d'anormal à HEITZ-BOYER, celui-ci la renvoya sans diagnostic. Un an plus tard, cette malade lui était revenue dans un état psychique voisin, cette fois, de la folie : HEITZ-BOYER eut l'idée alors d'inspecter l'urètre avec l'Urétrocystoscope à vision directe qu'il venait de perfectionner(1) pour les lésions urétrales chroniques de l'homme. Or, à son étonnement, il constata une bosse rouge au milieu du trajet urétral : comme il venait d'utiliser, avec la collaboration d'AUDIN, les étincelles de haute fréquence contre les tumeurs de vessie, il les employa sur cette néoformation, avec peine d'ailleurs, mais il put tout de même arriver à la détruire ; et alors quel heureux résultat il constata : tous les troubles locaux et généraux, urinaires et psychiques disparurent. »

Instruit par un tel cas, HEITZ-BOYER, quand il put utiliser les Urétrocystoscopes à eau, autrement effi-

(1) Heitz-Boyer: Nouvel urétroscope à vision directe. *Cong. franç. d'Urol.*, octobre 1910.

caces, de GOLDSCHMIT, puis de BURGUER et de MAC CARTHY, rechercha systématiquement dans toutes les cystites rebelles l'état du Col Vésical, que *la Cystoscopie ne permettait pas de voir* — en tous cas ne permet pas de bien voir (car quelquefois, quand on a l'attention éveillée sur ce point, on peut présumer au cystoscope l'existence de ces néoformations).

Voici donc le précepte capital qui ressort de ce court historique et qui dominera, nous le verrons, le diagnostic de la maladie : *pour pouvoir découvrir et reconnaître la Maladie Néiformante cervicale* il faut absolument : 1° *recourir à l'Urétrocystoscopie*, et de préférence à l'Urétrocystoscopie à eau, sous liquide en pression, qui renseigne bien mieux que celle à air pour l'Urètre postérieur et le Col vésical ; 2° *pratiquer systématiquement cette exploration Urétrocystoscopique* dans toute Cystite qui se sera montrée rebelle aux médications habituelles bien utilisées et on agira tout particulièrement de cette façon, lorsqu'une telle cystite rebelle s'accompagnera d'*urines claires* (c'est cette forme qu'HEITZ-BOYER a mis particulièrement en évidence, et qu'il appelle la Cystite d'origine « mécanique », vraiment pathognomonique de telles lésions néoformantes du Col Vésical).

C. -- **Traitement médical complémentaire.**

Enfin, HEITZ-BOYER a insisté encore beaucoup sur l'Étiologie particulière (sinon absolument constante au moins très fréquente) de ces Néoformations Inflammatoires cervico-urétrales chez la femme, étiologie qui résidera très souvent dans un Syndrome Entérorénal, plus ou moins ancien, plus ou moins latent : dès 1923, il insistait sur ce point dans la longue communication au Congrès Français d'Urologie de 1923, où en présentant déjà une série de vues en couleur exécutées par FRANTZ, il montrait l'extrême di-

versité de ces lésions néoformantes cervico-urétrales. Naturellement, il ne niait pas la possibilité d'une origine autre que celle d'une toxi-infection d'origine intestinale (par colibacille ou entérocoque, ou même par irritation toxique simple, comme peut se produire une cystite cantharidienne); aussi bien, citait-il des exemples où l'origine était blennorrhagique, staphylococcique, et même tuberculeuse, lésion persistant en ce cas après une tuberculose rénale enlevée. Il s'appuyait pour l'affirmer sur ce qu'il avait pu constater de pareil dans la même région urétro-cervicale chez l'homme, lésions néoformantes également qu'il avait, à propos de leur traitement par les étincelles de Haute Fréquence, caractérisées dans une communication à la Société Française d'Urologie de 1919, et dans la thèse de son élève ARSAC. Bien lui en prit d'ailleurs d'avoir précisé cette pathogénie multiple, car, comme toujours dans ces discussions aux sociétés scientifiques, alors que HEITZ-BOYER avait eu soin de dire « le plus souvent », on voulut lui faire dire « toujours »....

Cette notion étiologique entérorénale est importante, du fait qu'elle comporte une déduction thérapeutique féconde et de grand intérêt « pour pouvoir empêcher le retour, la reproduction de ces lésions néoformantes » — éventualité désagréable à la fois pour la patiente et pour l'urologue qui aura opéré, car son opération sera inévitablement incriminée d'avoir été « inutile » ou « incomplètement exécutée » ! Or, il est bien évident qu'une telle récurrence de la Maladie Néoformante sera toujours possible, si on laisse toujours en activité le processus « irritant » infectieux ou toxique, qui aura la première fois édifié ces lésions constructives. Nous avons déjà dit que pour HEITZ-BOYER, la pathogénie de ces néoplasies bénignes du col et de la portion urétrale adjacente réside dans une *irritation longtemps prolongée* par infection ou intoxication plus ou moins atténuée de

leur muqueuse par des germes ou des toxines ; surtout pour les premiers, la voie de contamination peut être, certes, ascendante, se faisant de bas en haut en venant du vagin, mais, dans l'immense majorité des cas, il faudra en placer l'origine dans un processus hématogène descendant du rein et tombant ensuite dans la vessie, où « il agira de préférence sur sa *partie rétrécie* — tout comme pour un cours d'eau, « les produits anormaux charriés par l'eau s'accumulent toujours et exercent particulièrement leurs « effets nocifs sur les parties rétrécies de la rivière ». Ainsi, par ce mécanisme qui peut paraître simpliste, mais est exact, s'explique que ces lésions modificatrices irritatives se produisent avec cette fréquence particulière sur l'anneau plus étroit que forme dans le réservoir vésical son col. Ajoutons que HEITZ-BOYER a soutenu la même théorie, à la fois inflammatoire et irritative, en ce qui concerne l'apparition de beaucoup de polypes vésicaux de ces tumeurs bénignes de la vessie, dont (on ne peut pas ne pas en être frappé) le siège est si souvent au débouché même de l'urine rénale dans la vessie, c'est-à-dire tout auprès des méats urétraux par lesquels arrive précisément l'agent nocif ; comme argument connexe de cette pathogénie, on peut invoquer l'apparition de tumeurs vésicales malignes chez les ouvriers d'aniline qui se localisera souvent au débouché des uretères...

Mais, quelque intérêt qu'aient ces notions de pathologie générale soulevées par HEITZ-BOYER, elles nous entraînent loin de notre sujet, que nous voulons limiter à ces lésions néoformantes nettement inflammatoires du Col — lésions qui semblent d'abord réductibles par des moyens médicaux lors de leur début, mais qui s'organisent ensuite, se créeront une structure histologique, avec formation de vaisseaux : nous verrons toute l'importance cystoscopique qu'attache HEITZ-BOYER à cette présence de vaisseaux dans ces pseudo-polypes pour en décider la destruction

chirurgicale qui, à son avis, sera dès lors la seule efficace.

La conclusion pratique de tout ce paragraphe de pathogénie, et il y en a une capitale, c'est que pour avoir une guérison définitive de cette maladie si douloureuse, si redoutable par sa quasi incurabilité faute de diagnostic, et si redoutée des patientes à cause des souffrances qu'elle occasionne, il faudra nécessairement associer, dès qu'on soupçonne une origine entéro-rénale, un traitement intestinal approprié (et d'ailleurs si souvent complexe !).



Telles sont les quelques notions générales essentielles à connaître sur l'ensemble de cette Maladie Néofrmante, et dont nous n'avons pas besoin de souligner l'intérêt pratique; nous en verrons les déductions multiples à en tirer pour ce que nous nous sommes proposés d'étudier tout particulièrement dans notre thèse, c'est-à-dire le diagnostic et le traitement chirurgical de telles lésions.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la Maladie Néoforme du Col est *avant tout Endoscopique, se basant essentiellement sur l'Urétrocystoscopie*, qui seule pourra permettre d'affirmer l'existence ou non de ces néoformations au niveau de la région cervico-urétrale, existence qui viendra donner l'explication des troubles d'une cystite rebelle.

Les signes *cliniques*, eux, ne peuvent jamais être que *des présomptions* : nous en avons déjà dit les caractères essentiels au chapitre des généralités. Ces signes sont locaux, vésicaux avant tout, mais ils sont aussi généraux et nous verrons que l'importance de ces derniers peut être au moins aussi considérable.

A. — Les signes *Locaux Vésicaux* sont essentiellement caractérisés par : 1° des *douleurs*, qui pourront être ou spontanées, ou surtout se produire lors de la miction ; 2° de la *fréquence* qui, elle, intéresse seulement la miction ; enfin, 3° le *trouble des urines* qui, chose capitale, loin de constituer par sa présence même un signe important, se trouvera revêtir une signification très grande lorsqu'il *n'existe pas* — étant alors un critérium presque certain de la maladie ; cette clarté des urines s'associant anormalement à de la fréquence et de la douleur de la miction fera penser que la cause des accidents est précisément dans ces saillies intravésicales de la maladie néoformante.

mante. Ajoutons encore deux autres symptômes locaux, qui sont d'ailleurs presque plutôt des complications : d'une part *l'hématurie*, d'autre part les troubles de *dysurie* qui pourront aller jusqu'à une *rétention vésicale* plus ou moins complète susceptible, à son tour, d'entraîner des phénomènes de « forcément » sus-vésical.

B. — Les signes *généraux*, qui ne sont pas constants, consistent d'abord dans un trouble de l'activité du patient, qui se trouvera fatigué du seul fait de la pollakiurie, surtout lorsque celle-ci est nocturne. Mais avant tout seront significatifs, comme signes généraux, les troubles *psychiques*, dont nous avons déjà esquissé au début de notre thèse un tableau plutôt sombre et qui n'a rien d'exagéré, répondant à la réalité : troubles de dépression, de mélancolie — troubles d'irritation, de surexcitation, pouvant aller jusqu'à la persécution, cet ensemble de perturbations psychiques pouvant entraîner même des troubles de délire vésanique. Et la preuve que ces troubles sont bien en relation directe avec la maladie néoformante, c'est qu'ils pourront disparaître tous une fois qu'on aura supprimé celle-ci en détruisant la cause même de cet état d'érétisme du système nerveux à point de départ sur le col vésical. Cela était le cas chez l'institutrice du Cher, cela était le cas également chez cette femme du Poitou, plus âgée elle, et devenue complètement neurasthénique...

Enfin, toujours à propos de ces signes généraux, il faut signaler que, naturellement, peuvent coexister avec les troubles venant de la localisation secondaire vésico-cervicale, ceux de la maladie causale qui est l'origine de ces lésions locales : ce sera avant tout, cas de beaucoup le plus fréquent, une « *maladie Exentérale* », ayant pu entraîner non seulement un syndrome Entérorénal, mais tous les syndromes associés décrits par HEITZ-BOYER ; ça pourra être une

Staphylococcurie, elle-même en rapport avec une de ces staphylococcémies dont on sait maintenant la fréquence insoupçonnée et qui peuvent être à la base de beaucoup de troubles toxiques ou infectieux ; ce sera enfin beaucoup plus rarement une Tuberculose Urinaire, soit coexistante, soit qu'elle ait déjà été traitée par une néphrectomie : il ne faut jamais oublier cette éventualité dont la méconnaissance pourrait conduire à de graves mécomptes, si on ne rapporte pas cette néoformation au bacille de Koch, avec tout ce que cela comporte.

Ce tableau général esquissé du diagnostic clinique, nous allons le plus rapidement possible insister sur chacun des symptômes énumérés plus haut.

I. — TROUBLES LOCAUX URINAIRES.

1) **Douleur.**

La douleur pourra se rencontrer sous deux aspects de fréquence très inégale.

Le premier aspect est celui d'une douleur *survenant en dehors des mictions* ; c'est un cas rare, mais qui n'en a pas moins été observé dans plusieurs cas par HEITZ-BOYER : la patiente éprouve une sensation de pesanteur, de lourdeur le plus souvent dans la région suspubienne, quelquefois au niveau du vagin ; cette gêne peut entraîner une impotence de la malade, un peu disproportionnée, semble-t-il, avec la lésion, et pourtant tout récemment encore HEITZ-BOYER avait à soigner la femme d'un confrère ayant dépassé la soixantaine et qui, tourmentée par ses troubles de cystite rebelle depuis plusieurs années, ne pouvait plus, depuis trois à quatre mois, se déplacer ni en auto, ni même à pied, car au bout de dix minutes ou un quart d'heure de mobilisation, elle éprouvait une

gène douloureuse telle qu'elle était obligée de s'arrêter : chose remarquable, ce fut même pour ce symptôme plus que pour les troubles de cystite proprement dits que notre collègue vint consulter HEITZ-BOYER pour son épouse, absolument lasse de l'insuccès de toutes les thérapeutiques classiques faites auparavant par deux de nos collègues.

Ce qui prouve qu'une telle sensation désagréable est bien en rapport avec les lésions du col, c'est que dans quatre cas, HEITZ-BOYER a pu les faire disparaître complètement et définitivement (dans un cas depuis plus de douze ans), du seul fait d'avoir détruit les saillies intracervicovésicales.

2° La douleur de beaucoup la plus fréquente est la *douleur à la miction*, qui se présentera d'une façon extrêmement variable. D'abord signalons, chose paradoxale, qu'elle peut ne pas exister du tout, et la maladie néoformante aura alors avant tout comme symptôme la fréquence de la miction, qui ne sera en rien pénible : HEITZ-BOYER en a constaté un cas tout à fait typique avec JOLTRAIN. Mais d'ordinaire, la douleur à la miction est constante, et chaque émission d'urine s'accompagne de souffrances qui peuvent atteindre un état de paroxysme presque inégalé dans les cystites simples, sauf les cas suraigus et très passagers. Ici, c'est pendant des jours, des semaines, des mois, qu'une malade aura ces mictions douloureuses, tantôt avant, tantôt pendant, tantôt après la miction. Il semble d'ailleurs que cette « douleur après » serait particulièrement significative d'une de ces formations polypeuses, tout particulièrement lorsqu'elles sont pédiculées, et que, s'engageant au moment de la miction dans l'urètre, elles viennent l'irriter : celui-ci, cherchant à l'expulser, va être le siège de contractions, souvent atrocement pénibles pour la patiente.

D'une façon générale, on peut dire que ces dou-

leurs de la cystite néoformante du col sont parmi les plus intenses et les plus désagréables pour les malades ; elles ont aussi ceci de particulier, c'est qu'elles ne se calmeront pas aussi facilement par les moyens classiques : il y a un élément mécanique sur lequel on ne peut agir de cette façon, et surtout si à cet élément mécanique vient s'ajouter un élément congestif (par exemple au moment des règles ou après une longue promenade en auto), si, d'autre part, la patiente présente un terrain ayant tendance à l'éréthisme nerveux mettant en jeu des phénomènes spasmodiques, on peut assister alors aux crises de cystite les plus impressionnantes.

3° La Fréquence.

La fréquence ne manque jamais, c'est le signe princeps ! et d'ailleurs cela se comprend, puisque ces saillies anormales, dans une région sphinctérienne particulièrement sujette à être le siège de phénomènes de spasme, de contracture, constitueront une cause d'irritation, une épine d'excitation constante. Son intensité est très variable ; elle peut être modérée, la miction se produisant toutes les deux heures, toutes les heures, même dans certains cas (et chose extraordinaire, un tel état pourra se prolonger pendant des mois, des années, comme vient de le voir HEITZ-BOYER chez une jeune femme de 27 ans), la pollakiurie pourra se produire toutes les vingt minutes, tous les quarts d'heure même : on a alors l'impression d'une fausse *incontinence* et deux fois c'est avec ce diagnostic que des patientes ont été adressées à HEITZ-BOYER, incontinence qui, dans ces deux cas, n'étant pas douloureuse, n'avait pas été rapportée à des phénomènes de cystite, mais à un relâchement du sphincter. Au point de vue de l'apparition soit le jour soit la nuit, il semble d'après l'expérience de HEITZ-BOYER que la pollakiurie nocturne, à l'inverse de ce

qui se passe chez l'homme, serait moins intense et moins souvent rencontrée que la diurne : c'est celle-ci qui l'emporte de beaucoup, arrivant même quelquefois à la constatation paradoxale que vient encore récemment de faire HEITZ-BOYER, chez une jeune femme qui, le jour, urinait depuis des mois tous les quarts d'heure, toutes les vingt minutes, et qui, la nuit, se levait souvent une ou deux fois seulement et même quelquefois pas du tout.

Naturellement, ces deux premiers symptômes de la douleur et de la fréquence à la miction pourront s'exaspérer du fait de la Congestion de la région pelvienne : il en est ainsi au moment des règles qui, très souvent, déclencheront chez ces patientes une période particulièrement intense de troubles ; la même exaspération pourra s'observer après une course en automobile prolongée... Egalement des contrariétés pourront, chez une femme nerveuse, se traduire par un redoublement des perturbations dues à ces saillies intravésicales jusque là restées plus ou moins silencieuses... En tout cas, en dehors même de ces moments d'exaspération, ces troubles douloureux et d'pollakiurie constituent toujours une grande gêne pour la patiente, lui empoisonnant son existence : ils vont compromettre, bouleverser souvent l'activité de la femme, que celle-ci soit tournée vers le travail ou vers le plaisir, et c'est constamment dans les observations de HEITZ-BOYER qu'on retrouve la notion d'une femme du peuple qui aura été obligée d'abandonner son métier ou sa carrière, parce que cette fréquence diurne l'empêchera de se livrer à un travail extérieur ; et au point de vue plaisir, c'est constamment également que les patientes se plaindront qu'elles ne peuvent plus aller au théâtre, au cinéma, puisqu'elles seraient obligées de se lever tous les quarts d'heure, toutes les demi-heures ; pour la même raison, elles ne peuvent accepter des invitations à dîner...

Dès lors, on devine le résultat : ce sont des femmes qui ne pourront plus sortir et qui vont alors être forcées de mener une vie plus ou moins de recluse avec les conséquences qui en résulteront pour leur caractère ; nous y reviendrons plus loin.

3° **L'état de l'Urine** constitue le troisième symptôme local important, et HEITZ-BOYER a soin de dire « l'état », et non pas « le trouble des urines ». Certes, dans les descriptions classiques de la Cystite, ce trouble des urines constitue le trépied habituellement décrit caractérisant la maladie ; et, en effet, dans la cystite néoformante uréthro-cervicale, on observera dans la plupart des cas des *urines troubles*, ce trouble variant beaucoup, ou léger ou, au contraire, extrêmement intense, avec des urines infectes : dans un tel cas, il s'agira le plus souvent d'un syndrome entérorénal soit à colibacilles, soit à entérocoques ; au contraire, dans les affections vésicales à staphylocoques, l'urine n'aura pas d'odeur, et le trouble pourra être léger. Nous n'insistons pas, car tout cela n'est en rien caractéristique de la maladie que nous décrivons, puisque le trouble des urines dépendra de la maladie causale.

En revanche, ce qui va être tout à fait caractéristique de la maladie néoformante, ce sont ces cas où *avec des mictions extrêmement fréquentes et atrocement douloureuses*, on sera surpris de *constater des urines claires*. Dans certains cas, ces urines claires seront bactériuriques, cette bactériurie se révélant soit directement, soit sur lames, soit même seulement sur culture. Mais dans d'autres cas, ces urines claires vont se montrer *absolument stériles*, sur lames et par culture, et elles se montreront stériles non pas à un seul examen, mais à des examens répétés. C'est pour de tels cas que HEITZ-BOYER parle d'une *Cystite « purement mécanique »* ; c'est, en effet, l'élément mécanique, ce sont les saillies qui se sont constituées

au niveau de l'anneau sphinctérien qui vont être la cause des deux autres symptômes caractéristiques de la cystite, douleur et fréquence. Dans de tels cas, HERTZ-BOYER a l'habitude de dire « qu'on peut faire le diagnostic sur le bout du nez », du fait qu'une telle contradiction ne peut précisément se rencontrer et s'expliquer que dans le cas de la maladie néoformante (1). D'ailleurs, ce sont là les cas très typiques de cette affection et où précisément la patiente racontera que tous les lavages, que tous les antiseptiques urinaires pris par la bouche ont été sans le moindre effet sur leurs troubles. On ne saurait trop insister sur cette variété de MALADIE NEOFORMANTE à URINES CLAIRES STERILES qui est l'expression la plus caractéristique de la maladie, et qui, pour HERTZ-BOYER, imposera, absolument alors, de pratiquer une Urétrocystoscopie, seule capable dans l'immense majorité des cas de donner la clé du diagnostic en apparence mystérieux.

Quant aux deux autres symptômes locaux, ils sont beaucoup plus rares et tendront par leur exagération à constituer de véritables complications.

4° Le premier d'entre eux est l'**Hématurie**. Il est banal dans des cystites, même non néoformantes, de pouvoir constater l'existence d'un peu de sang ; très souvent même, cette hématurie est caractéristique, se traduisant par quelques gouttes de sang à la fin de la miction, quelquefois sans pus qui tache le linge. Une telle éventualité est assez fréquente dans les néoformations du col, et nous n'y insistons pas. Ce qui est plus particulier, c'est comme HERTZ-BOYER en a pu constater cinq cas, l'existence d'une *hématurie abondante*, celle-ci hématurie totale, hématurie que rien

(1) Sous réserve d'éliminer, au moment de l'examen endoscopique, l'éventualité, possible aussi avec ces symptômes, de l'existence dans la vessie même d'un calcul aseptique, ou d'une tumeur, ou tout à fait exceptionnellement d'une Ulcération simple.

n'arrête, qui, sans être de la même abondance immédiate que dans une tumeur de vessie proprement dite, pourra par sa répétition devenir dangereuse ; elle pourra d'autant plus le devenir que si le médecin n'est pas expérimenté en urologie, il temporisera ; et alors, s'accumuleront dans la vessie des caillots qui, par leur seule présence (les urologues le savent tous) constitueront un péril qui peut devenir rapidement menaçant pour l'existence même du patient. HEITZ-BOYER en a constaté deux cas très nets — l'un chez un malade de ROSTAINE, où la patiente, après qu'on eût fait le diagnostic par urétrocystoscopie, avait différé de quelques semaines l'intervention, et qu'elle dut six mois après venir subir devant les progrès du saignement d'origine cervicale. L'autre cas est particulièrement intéressant : il s'agissait d'une Américaine âgée de 80 ans atteinte de syndrome entérorénal, que soignait HEITZ-BOYER depuis quelques années et qui avait fait à plusieurs reprises des troubles de cystite. Dans un de ses passages à Paris, allant d'Amérique en Egypte, elle le consulta parce que, cette fois, sa crise de cystite s'était accompagnée d'une hématurie déjà assez importante ; celui-ci insista alors pour pratiquer l'Urétrocystoscopie qui lui montra l'existence d'une série de polypes du col ; vu la forme hématurique qu'elle présentait, HEITZ-BOYER insista pour pratiquer immédiatement la destruction de ces formations polypeuses : elle hésita, puis finalement partit en Egypte, mais prévenue qu'elle courait un gros risque. Et, en effet, à peine arrivée au Caire, une hématurie plus abondante et impossible à arrêter survint, qui la fit revenir d'urgence à Paris, où HEITZ-BOYER l'opéra.

La preuve que dans de tels cas ces hématuries abondantes sont bien dues à la lésion du Col, c'est que chez toutes ces malades, la destruction des saillies uréthro-cervicales a amené la disparition défini-

tive de toute urine sanglante, et dans un cas cette guérison dure depuis onze ans.

5° Les troubles d'**Obstruction** sont encore plus rares, surtout les troubles de **Rétention** proprement dite.

En effet, des simples phénomènes de *dysurie* s'observeront encore de façon assez fréquente, et pourront être gênants, par exemple, imposant une sorte de miction en deux ou trois temps, et il n'est pas besoin d'insister sur le mécanisme qui explique un tel trouble. Dans certains cas, la dysurie se manifestera déjà de façon plus pertinente, obligeant la patiente, surtout s'il y a des phénomènes de congestion faisant grossir les polypes, à « pousser » comme un prostatique.

Enfin dans trois cas, HEITZ-BOYER a vu de véritables phénomènes de *Rétention* complète et rétention incomplète. De ces trois cas, il y en un qui a été observé chez une institutrice qui présentait par ailleurs une double néphroptose, pour laquelle elle était venue consulter autant que pour ses troubles de rétention ; or, l'Urétrocystoscopie donna l'explication des troubles vésicaux, en révélant une grosse formation polypeuse en enclume à l'union du bord inférieur et du bord droit du Col, formation particulièrement résistante lors du traitement par la Haute Fréquence, qui prouvait une structure histologique un peu différente de la plupart de ces néoformations ; d'autre part, une Pyélographie double, surtout « en verticale », montra des reins déplacés présentant déjà avec déformation urétérale accentuée, qui peut-être n'étaient que des lésions secondaires aux phénomènes de rétention ?

Le second cas a été bien intéressant aussi, car une saillie intermittente au niveau du vagin fit penser à la possibilité d'un diverticule urétral (urétrocèle si l'on

veut) ; et, en effet, l'Urétrographie confirma qu'il y avait à droite comme à gauche deux poches paraurétrales; or, le plus curieux, c'est qu'à l'Urétrocystoscopie HEITZ-BOYER ne put jamais trouver l'orifice de ces diverticules et qu'en étendant son exploration au col même il le vit soulevé à droite comme à gauche, correspondant très exactement aux deux cavités révélées par l'urétrographie. Ayant agi par la Haute Fréquence sur ces seules lésions visibles, il a obtenu une guérison complète de cette patiente ! avec une vérification urétrographique montrant la disparition des deux poches para-urétrales.

Enfin, le troisième cas est beaucoup plus lamentable. Il s'agissait d'une femme encore jeune, qui vint consulter avec des urines d'une purulence exceptionnelle. Elle avait présenté toute une série de crises de rétention vésicale dont on n'avait pas trouvé l'explication, et un collègue expérimenté avait pratiqué un double cathétérisme urétéral qui lui avait montré du pus dans les deux reins infectés et dilatés. Soupçonnant une obstruction au niveau du col par une maladie néoformante, HEITZ-BOYER pratiqua une première Urétrocystoscopie très soignée qui ne lui révéla rien ; décontenancé et certain qu'il devait y avoir une lésion, il pratiqua une seconde Urétrocystoscopie sous anesthésie générale, qui, d'abord, ne lui montra rien mais en sortant l'urétrocystoscope il eut la chance que vienne faire saillie, entraîné probablement par le retrait de l'instrument, un polype pédiculé arrondi, dur, et qui donnait la clé du diagnostic. Remettant l'urétrocystoscope, il put caractériser ce polype qui était assez longuement pédiculé, et dont la base d'implantation se trouvait juste au niveau du Col sur la partie médiane. D'ailleurs cette inspection méticuleuse, faite pour la troisième fois, fit découvrir un second polype beaucoup moins gros et à peine pédiculé. Or, chez cette malheureuse jeune femme, il y avait une vessie avec de grosses cellules,

presque des diverticules, et surtout une double pyélographie montra que les reins étaient presque complètement détruits par un processus à la fois de distension et de suppuration — celle-ci s'expliquant du fait qu'elle habitait au Maroc, qu'elle était une dysentérique et qu'elle présentait un syndrome entérorénal d'une acuité très grande. HEITZ-BOYER a fait pratiquer régulièrement, au Maroc, des lavages du bassinot, qui ont grandement modifié l'état local et général, mais il a suffi de les interrompre pendant trois mois pour que, de nouveau, une purulence intense reparaisse. Et quand on pense que tous ces troubles, cette quasi-mort des deux reins ont eu leur cause dans cette néoformation cervicovésicale grosse à peine comme un pois, on est en droit de dire que cette maladie néoformante du Col Vésical mérite d'être connue.

En résumé, on voit que, déjà par les seuls signes cliniques, il sera possible de présumer une Maladie Néoformante, mais, sauf la contradiction impressionnante d'urine claire avec des troubles de cystite intense, ce n'est pas tant de par les symptômes fonctionnels en eux-mêmes que par leur **Evolution** que se présumera la Maladie Néoformante; ce sera, en effet, nous l'avons déjà dit, leur caractère *rebelle, récidivant, résistant à toutes les thérapeutiques habituelles*, qui devra faire penser à sa possibilité, et imposera dès lors, de l'avis de HEITZ-BOYER, de pratiquer chez ces patientes une Urétrocystoscopie : pour lui, toute cystite ancienne qui ne cède pas à un traitement classique bien dirigé, qui a reparu deux ou trois fois déjà, souvent avec des intervalles de guérison apparente complète, *doit absolument imposer* qu'on introduise un *Urétrocystoscope* qui, lui, lèvera tous les doutes, comme nous allons le voir plus loin.

II. — TROUBLES GENERAUX.

Ces troubles, dans beaucoup de cas, passeront au second plan ou même seront inexistants; en revanche, dans toute une série d'autres cas, qui ne sont pas exceptionnels, ils vont occuper une importance, qui pourra parfois dominer le tableau symptomatique. Il en était ainsi chez cette jeune institutrice du Cher, qui fut adressée à M. HEITZ-BOYER par un aliéniste aussi compétent que bon clinicien, et à qui avait été adressée cette jeune femme pour l'isoler : chez elle, devant le tableau clinique qu'il sut mettre au clair, toute l'histoire urinaire lui fit penser à un simple retentissement, sur son psychisme, de lésions urinaires, qui lui semblèrent ne pas avoir été mises en évidence, alors que de nombreux examens avaient été déjà pratiqués sur elle en province sans aucun résultat. Autre exemple : une toute jeune fille se trouva même hospitalisée dans une maison d'isolement, et chez elle, tout trouble psychique disparut, le diagnostic urétrocystoscopique une fois fait et la lésion une fois découverte, traitée et guérie. Ces cas sont d'ailleurs d'autant plus difficiles parfois à débrouiller, qu'en dehors de la lésion locale cervico-vésicale (secondaire en général alors à un syndrome entérorénal), tous les troubles cérébraux peuvent être sous la dépendance, sinon exclusive, au moins prédominante, de l'état d'intoxication créé par le processus exentéral lui-même.

Mais sans aller jusqu'à ces cas extrêmes, il est d'abord toute une catégorie de troubles de l'état général, certes moins graves, mais qui suffiront à l'ébranler fortement, et qui résultent simplement des troubles douloureux et mécaniques présentés par la patiente; ils pourront détraquer la santé et particulièrement le système nerveux, simplement par la fa-

tigue qu'entraîne le manque de sommeil lorsque la polyurie nocturne est intense, et de par l'état d'irritabilité que créera une pollakyurie diurne accentuée.

En ce qui concerne les troubles plus graves, conduisant parfois à un **Psychisme accentué**, on pourra constater des troubles soit de *dépression*, de neurasthénie pour employer une expression maintenant un peu désuète mais courante, — soit au contraire des phénomènes d'*excitation*, de révolte, dont nous avons déjà, au début de la thèse, indiqué le mécanisme de production : ces malades qui souffrent réellement et dont, faute d'un examen intracervical, on n'a pas découvert les lésions vésicales, constatent le scepticisme de leur médecin sur le bien-fondé de leurs troubles ; ils se trouvent en butte aux railleries de leur entourage, aux objurgations de leurs parents, qui leur disent « qu'il faut avoir de la volonté, qu'il ne faut pas s'écouter » ; — et, peu à peu, s'exaspère chez elles le sentiment d'injustice d'être traitées de malades imaginaires, alors qu'elles ne ressentent que trop les conséquences d'une lésion non découverte encore. La preuve irréfutable que c'est la patiente qui a raison contre le médecin et contre les profanes qui la critiquent, HERTZ-BOYER l'a apportée *en faisant disparaître tous ces troubles psychiques* du fait même qu'après avoir mis en évidence ces lésions du col vésical et *les avoir ensuite détruites*, il faisait disparaître complètement et définitivement tous les troubles nerveux : il possède trois observations où de tels accidents sont restés ainsi sans reparaître, depuis onze ans dans un cas, depuis huit ans dans l'autre et depuis cinq ans dans un dernier.

III. — SIGNES ENDOSCOPIQUES.

Tout cet ensemble de signes cliniques est, on le voit, déjà très intéressant, signes locaux et même signes

généraux ; mais les vrais symptômes caractéristiques vont être seulement fournis par l'endoscopie, et par celle des explorations endoscopiques qui est la plus récente, mais si riche en enseignements, en faveur de laquelle HEITZ-BOYER prêche ici en France depuis quinze ans (chez l'homme d'ailleurs comme chez la femme), c'est-à-dire l'URÉTROCYSTOSCOPIE.

Pour pouvoir exposer avec fruit tout ce qu'on peut tirer d'elle, il est nécessaire d'envisager successivement sa TECHNIQUE, et ses RÉSULTATS, c'est-à-dire les images que cette exploration permettra de découvrir et de caractériser.

I. — TECHNIQUE DE L'URÉTROCYSTOSCOPIE.

HEITZ-BOYER insiste sur une série de principes, qui sont indispensables pour pouvoir tirer de cette manœuvre tous les renseignements qu'elle est capable de donner.

Un premier principe général, essentiel, c'est de se bien convaincre que *l'Urétrocystoscopie n'est pas une Cystoscopie* : c'est tout différent ! Une cystoscopie peut se faire : 1° en quelques minutes ; 2° sans préparation, sans même d'anesthésie locale et, 3° au besoin, dans le cabinet du médecin. Au contraire, une Urétrocystoscopie demandera, *pour être bien faite* : 1° une durée d'au moins quinze à vingt minutes, temps indispensable, pour que dans ce couloir étroit, dans ce cercle limité que constitue la région uréthro-cervicale, aucun point ne puisse être laissé sans avoir été inspecté minutieusement ; 2° une préparation absolument indispensable de la région à examiner, qui devra être anesthésiée, au moins localement, quelquefois par une épidurale ; 3° une hospitalisation de quelques heures, avec sonde à demeure pendant ce repos plus ou moins prolongé imposé à la patiente qui vient d'être examinée.

Chacun de ces points mérite d'être développé, car leur méconnaissance pourra entraîner à de graves mécomptes.

1° *L'exploration urétrocystoscopique devra être longue par principe.* Nous en avons déjà donné une raison anatomique, ce couloir étroit et cet anneau à deux versants devant être exploré, on peut dire, millimètre par millimètre, et aussi bien dans le sens de la longueur que dans le sens circulaire. D'autre part, un fait capital qu'une vingtaine d'années de pratique a montré à HERTZ-BOYER, c'est que dans la maladie néoformante la lésion en saillie peut ne pas siéger seulement sur la crête du col, et bombant alors plus ou moins dans le champ cystoscopique sur le fond de la vessie ; mais elle peut siéger également *plus haut*, sur le versant vésical du col qui se trouve en retrait et caché en quelque sorte derrière la saillie circulaire de celui-ci ; mais surtout, elle peut siéger *en dessous* de l'anneau cervical, sur son versant urétral, et même plus bas encore dans l'urètre lui-même juxta-cervical. Alors, pour arriver à ne laisser rien échapper dans toute cette étendue à inspecter, il faut pour *le dessus* du Col, imprimer à l'urétrocystoscope quelques mouvements de bascule à l'instar de ceux que l'on imprime au cystoscope dans une vessie ; et encore mieux, on recourra à l'optique rétrograde, un des trois optiques dont HERTZ-BOYER a pourvu son instrument Urétrocystoscopique personnel (1). Pour pouvoir explorer avec autant de certitude la *partie sous-jacente au col*, c'est-à-dire la partie profonde de l'urètre, il faut davantage encore avoir recours aux deux autres optiques de cet instrument, l'optique normale à 90° et l'optique oblique à 45° : grâce à ces incidences variables, aucune saillie, affirme HERTZ-BOYER, ne peut échapper à un exa-

(1) Heitz-Boyer: Nouvel urétrocystoscope. *Soc. de Chir.*, 16 mars 1921.

men alors complet. Ajoutons qu'il recommande également d'user, dans cette exploration particulièrement urétrale, de deux petits artifices: le premier consistant à appuyer fortement l'urétrocystoscope sur la paroi urétrale opposée à celle que l'on examine, et le second à commander à la patiente d'uriner, ce qui, au moment du passage du liquide vésical, écartera fortement la paroi urétrale de l'instrument.

2° La nécessité d'une *insensibilisation de la région à examiner* est indispensable dans un examen urétrocystoscopique, *pour qu'il soit bon* : on peut le faire autrement, mais sera-t-on sûr alors, en présence d'une malade dont l'urètre proteste souvent, ne serait-ce que du fait de la prolongation de l'examen, d'avoir pu voir librement tout ce qui était à voir ? Donc, une anesthésie s'impose — *anesthésie d'abord locale* qui suffira dans beaucoup de cas, anesthésie à la fois directe par de la cocaïne ou de la percaïne laissée une dizaine de minutes en contact de la muqueuse uréthro-vésicale — et *indirecte* par l'intermédiaire du Rectum grâce à un suppositoire calmant ou même un lavement laudanisé que pourtant il vaudra mieux réserver pour calmer les douleurs post-opératoires possibles. Mais, dans beaucoup de cas, cette anesthésie locale ne sera pas suffisante, et il faudra, lorsqu'on a affaire comme cela arrive si souvent, à une région vésico-urétrale très enflammée et sensible, recourir absolument à la merveilleuse ressource, relativement anodine, qu'est l'*anesthésie Epidurale* : c'est à ce prix seulement que HERTZ-BOYER a pu, dans beaucoup de cas, poser un diagnostic précis et complet de la maladie néoformante du col vésical.

3° Enfin, dernier principe, il faut à tout prix *éviter de pratiquer cette exploration à son cabinet*. C'est ainsi qu'on évitera ces scènes pénibles que HERTZ-BOYER a vu se produire autrefois, lorsqu'il agissait

ainsi, où des femmes examinées se trouvaient prises, ou immédiatement ou quelques heures plus tard, d'une crise paroxystique de cystite, arrachant des cris à la malade et exigeant, pour la calmer, jusqu'à deux et trois injections de morphine en quelques heures. Or, tout cela peut être évité, si on pratique ces explorations à la maison de santé, où *l'on pourra ensuite faire reposer pendant quelques heures* la malade, en lui mettant *systématiquement une sonde à demeure*, ce qui permettra à cet urètre irrité de se calmer et de ne pas laisser à la patiente le souvenir horrifié d'un examen atrocement pénible dans ses suites. Bien plus, une telle attitude aura de façon non exceptionnelle le résultat (en apparence paradoxal) d'apporter une amélioration plus ou moins temporaire de tous les troubles qu'elle éprouvait ; au fond, la chose peut s'expliquer parfaitement du fait de la divulsion prolongée qu'on aura exercée pendant tout l'examen, du fait la distension de l'urètre au moyen du liquide, réalisant ainsi une « dilatation de ce sphincter urétro-vésical en état de spasme ou de contracture », et elle sera susceptible de la supprimer, comme on le réalise dans un anus hémorroïdaire en lui faisant une dilatation forcée.

II. — TECHNIQUE DE L'EXPLORATION ENDOSCOPIQUE.

Elle comprend d'une part l'instrument lui-même et d'autre part la manière de l'utiliser dans l'urètre et la vessie.

1. — Instrument.

Certes, beaucoup de modèles d'Urétrocystoscope sont apparus ces toutes dernières années, depuis que cette exploration a connu enfin la vogue: or, c'est en 1920 qu'HEITZ-BOYER a réalisé l'instrument présenté par lui en 1921 à la Société de Chirurgie, qui est un perfectionnement du BURGER et MAC CARTHY.

Cet urétrocystoscope comporte quelques avantages inexistants dans les autres.

1° Il est plus facile à introduire à cause de sa terminaison par une bécuille en gomme flexible cou-dée, et effilée de forme olivaire ;

2° Il réduit au minimum les mouvements à faire exécuter par l'instrument, tout au moins dans le sens circulaire, dans un urètre toujours enflammé et douloureux : cela est dû à l'existence d'une double fenê-tre dans la chemise extérieure, ce qui permet de mo-biliser l'optique à l'intérieur de la chemise sans avoir à tourner l'ensemble de l'instrument lui-même, lors-qu'on veut explorer successivement en haut et en bas ;

3° Enfin, l'instrument comporte trois optiques dif-férentes, à incidences variant de 45° dans un sens à 20° dans l'autre, avec une vue intermédiaire juste à la perpendiculaire: ce sont ces *incidences variables* qui empêcheront de laisser inaperçue toute déforma-tion en saillie (et aussi en creux) qui pourra exister dans l'urètre. Et si HEITZ-BOYER insiste autant sur cette méticulosité extrême au cours de cette exploration urétrocystoscopique, c'est que l'expérience lui a mon-tré que *la moindre lésion non décelée et qui n'aura pas par conséquent été traitée au cours de l'étince-lage de haute fréquence, pourra entraîner un insuccès total* (et au premier abord semblant paradoxal) du *traitement opératoire*! Mais n'insiste-t-il pas préci-sément depuis longtemps sur la discordance, sur la contradiction existant entre la petitesse souvent mi-nuscule de ces lésions de l'urètre et du col vésical, et leur retentissement fonctionnel: de telles lésions revêtent ici très souvent une sorte de caractère « ex-plosif », comme « catalytique » ! Cette région sphinc-térienne et juxta-sphinctérienne réagit avec une vio-lence exceptionnelle, parfois démesurée, à toute lé-sion irritative qui y siège !

En ce qui concerne l'*Appareillage extra-vésical*, nous signalerons seulement l'utilité d'avoir un bon *Fixateur*, qui, pour la simple exploration, n'est pas indispensable, mais sera toujours utile.

2. — Manœuvres intra-vésicales endoscopiques

L'urétrocystoscope est introduit, et les manœuvres qu'il faudra lui imprimer vont encore revêtir une importance primordiale : ce qui le prouve, c'est que les urologistes qui ont acquis une grande expérience de cette exploration découvrent assez souvent des lésions, que d'autres ne retrouvent pas ! — et pourtant ce sont les premiers qui avaient raison, car, en détruisant les lésions qu'ils déclarent avoir rencontrées, ils guérissent tous les troubles ! « *sub lata causa, tollitur effectus* », et c'était donc bien dans ces lésions que siégeait la cause des accidents.

Temps préliminaire. — On aura toujours intérêt à introduire l'urétrocystoscope en faisant déjà arriver le liquide dilateur, qui facilitera cette introduction ; celle-ci sera poursuivie d'ailleurs jusqu'à ce que l'optique ait pénétré nettement dans la cavité vésicale.

Une fois dans la vessie, l'exploration urétrocystoscopique doit obéir à des règles très strictes, que des milliers d'explorations pratiquées par HEITZ-BOYER lui ont fait préciser ainsi.

1°. — *L'importance du degré de remplissage de la cavité vésicale* est très grande, car des lésions seront visibles avec une vessie peu remplie, qui n'apparaîtront plus (ou seront très difficiles à découvrir) avec une vessie pleine. Ces variations de vacuité auront comme conséquence, en effet, de faire au cours de l'examen comme « dérouler tout le col sous les yeux de l'urologue, avec, successivement, ses deux versants vésical et urétral » ; et ainsi toute l'étendue de

la région cervicale aura été mise successivement et pleinement en lumière.

2° Le *siège de ces lésions en saillie*, et surtout leur point d'implantation sur la muqueuse, *n'est nullement localisé au Col lui-même*, mais peut se trouver aussi souvent *au-dessus* de lui et encore plus souvent *au-dessous* de lui sur l'urètre profond.

3° Or, pour ces lésions *seulement para-cervicales*, elles pourront n'apparaître dans le champ de l'instrument qu'en retirant successivement celui-ci vers l'extérieur, pour ensuite le repousser vers la vessie : grâce à cette manœuvre de va-et-vient, les polypes et autres néoformations se trouveront d'abord repliés vers le méat et invisibles dans le premier cas, pour être ensuite refoulés dans le second cas vers la cavité vésicale, où ils feront dès lors une saillie révélatrice.

4° C'est d'ailleurs, pour aider encore à la mise en évidence de ces saillies difficiles à voir, que *le jeu des trois optiques va pouvoir être si précieux*, et que HEITZ-BOYER les avait introduits il y a seize ans dans son instrument personnel qu'il réalisa à cette époque — instrument qui, dans tout ce laps de temps, lui a donné toujours la plus entière satisfaction. S'il est vrai que chez la femme, la brièveté de l'urètre peut permettre encore à l'urétroscope quelques mouvements de bascule (ces mouvements qu'avec MARION, HEITZ-BOYER a montré être pour une cystoscopie le secret d'une bonne exploration), en revanche, ils resteront toujours plus ou moins limités avec l'urétrocystoscope ; et c'est alors qu'interviendra le bienfait des trois incidences différentes réalisées par le jeu d'optique.

3. — Résultats. — Images endoscopiques.

Basée sur ces quelques prescriptions essentielles, l'examen urétrocystoscopique va montrer, concer-

nant cette maladie néoformante, les lésions les plus hétéroclites : — depuis le Polype très pédiculé, effilé en « lingula », en « poire », jusqu'à une masse étalée largement et sessile — depuis le Kyste limité, parfois assez volumineux, jusqu'à la boursoufflure restreinte, à sommet blanchâtre, acuminé, formant abcès et rappelant un bouton d'acné — depuis la végétation minime et étalée en « bordure de gazon » jusqu'à ces formations Angiomateuses étalées, rougeâtres, vinueuses — sans parler des lésions adjacentes d'Œdème bulleux et des plaques de Congestion plus ou moins surélevée.

C'est bien cette diversité extrême, cette complexité d'aspect pouvant s'associer, s'entremêler parfois, qui ont empêché HEITZ-BOYER de leur donner, pour les caractériser, le *nom d'une seule de ces lésions si variables* : il aurait pu être tenté de les appeler du nom de la plus fréquente d'entre elles, c'est-à-dire les *formations Polypeuses* ; mais des *formations Kystiques* isolées peuvent à elles seules donner lieu à tout l'ensemble de troubles que nous avons vu caractériser la MALADIE NÉOFORMANTE ; aussi bien cette appellation beaucoup plus générale et compréhensive lui a semblé correspondre mieux à ce que devait définir cette terminologie.

C'est ce souci qui l'a fait s'appliquer à englober ainsi ces lésions sous un nom plus général, un nom d'ensemble, soit : *néoformations*, puisque toutes ces lésions ont un caractère commun de constituer une saillie anormale et nouvellement formée — avec à côté l'épithète d'*inflammatoires*, de façon à bien montrer qu'il ne s'agit pas là, dans la très grande majorité des cas, de lésions vraiment néoplasiques : en effet, HEITZ-BOYER ne les a vues que deux fois devenir malignes. Pour la même raison se trouvent expliquées et justifiées les deux autres appellations qu'il donne aux images rencontrées alors, et chargées de

caractériser ces néoformations inflammatoires du col de la vessie et de la région uréthro-cervicale : soit *uréthro-cervicite néoformante*, soit, terme qu'il trouve peut-être plus expressif encore, *Maladie Néoformante du col vésical* — étant sous-entendu pour ces trois titres d'égal intérêt, que sera toujours ajouté implicitement « chez la femme », où ces lésions présentent une fréquence et une signification vraiment particulières.

Malgré cette complexité très grande des aspects rencontrés, il sera possible d'établir une classification de ces lésions « en saillie », classification qui sera forcément un peu arbitraire, et sans aucune prétention à avoir une base vraiment anatomique, et qui s'appuiera essentiellement sur des caractères morphologiques. HEITZ-BOYER croit pouvoir y distinguer les catégories suivantes : 1° variété à forme *Polypeuse* ou *polypoïde* ; 2° variété à aspect *Kystique* ; 3° variété à forme d'*Œdème*, soit *mou* au point même d'être presque kystique (œdème bulleux), soit *dur* et simulant presque des polypes ; 4° variété à forme très *Vasculaire*, où pourront se rencontrer des formations *pseudo-angiomateuses* ; 5° variété à évolution d'*Abcès*.

Quelques schémas feront mieux comprendre cette diversité d'aspects, qui se compliquera encore du fait des variations de Couleur et de Surface des régions environnantes et intermédiaires aux saillies bien caractérisées ; voici ci-contre quelques types figurés schématiquement.

1° Le type **Polypoïde** est soit *pédiculé*, en poire ou en boule, en linguila, en pie de vache, en forme de dent — soit *sessile*, en bosse unique, ou bifide, ou trifide. Dans cette première variété polypoïde, la couleur est d'habitude rose, quelquefois même d'un rose très tendre.

2° Dans la variété **Kystique**, on aura soit la forme ovalaire, soit une forme très arrondie, mais la base sera toujours plus ou moins étalée et la couleur permettra de caractériser cette variété, qui tire toujours sur le bleu, et est plus ou moins transparente : les images en sont souvent très séduisantes.

D'ailleurs *l'association de ces deux premières formes* est assez fréquente, en ce sens que assez souvent on rencontrera une forme polypoïde surmontée d'un ou plusieurs kystes qui le terminent.

Pour ces deux premières catégories, les plus fréquentes, deux détails très importants sont à signaler.

a) C'est leur *vascularisation*, qui est souvent très intense, consistant tantôt en un pédicule médian principal très développé, soit, au contraire, en une ou plusieurs anses qui enserrant la saillie ; en tout cas, la présence de ces vaisseaux indique pour HEITZ-BOYER que *la structure de telles néoformations est maintenant organisée*, et qu'il n'y a plus d'autre traitement possible à leur appliquer que *la destruction chirurgicale*, si aisée maintenant par la Haute Fréquence.

b) C'est leur *implantation*, qui pourra être une grosse cause d'erreurs ou d'ennuis au moment de la destruction chirurgicale : cette implantation se fait, en effet, souvent, non plus sur la margelle du col, mais soit *sur son versant urétral*, ce qui est l'éventualité le plus souvent rencontrée et pourra passer particulièrement inaperçue, ou plus rarement sur *le versant vésical*, en arrière de la margelle du col, où il faudra aller la découvrir en faisant varier la vacuité de la vessie, ou mieux, en recourant à l'optique rétrograde.

3° A côté de ces deux premières catégories, de beaucoup les plus importantes et les plus caractéristiques, il y en a une troisième, plus difficile à définir, qui est représentée par des lésions d'**Œdème**, qui pourront être très différentes : *œdème dur*, formant des ma-

mêlons plus ou moins arrondis ou même des crêtes effilées en dentelure — soit de volume très minime, mais alors très nombreuses, formant comme les petites dents d'une scie — soit, au contraire, très volumineuses, présentant l'aspect d'une série de pics de montagne. La couleur, en pareil cas, est toujours blanchâtre, blanc jaune, parfois blafarde. *L'œdème mou*, qui est plus fréquent, constituera au contraire, un soulèvement plus ou moins translucide, à contenu transparent, dont le type est l'œdème bulleux, qui revêtira au niveau du col les mêmes aspects que dans la vessie.

Naturellement, cette troisième variété pourra coexister, et coexistera souvent avec des polypes et de véritables kystes plus ou moins adjacents.

4° Une quatrième variété sera constituée par des saillies très **Vasculaires**, en général peu saillantes et de forme très variable — saillies **angiomateuses** ou pseudo-angiomateuses, en crête de dindon, en plumeau, en arabesque, plus ou moins contournée — ou encore tout simplement en *plaques* plus ou moins ovalaires, plaquées comme de gros hannetons sur la muqueuse cervico-urétrale.

5° Enfin, une dernière variété de néoformation est constituée par des élevures, en général arrondies, plus rarement de forme ovalaire, avec une coloration blanche qui tranche sur le reste de la muqueuse, et un sommet plus blanc encore, ou jaune, qui correspondra à une légère agglomération de pus; ce sont, en effet, là des lésions suppurées, de véritables petits **Abcès** que l'on pourra observer souvent à l'état abscédation, présentant alors à leur sommet un petit cratère déchiqueté. En plusieurs de ses observations, HEITZ-BOYER n'a trouvé à l'urétrocystoscopie, pour expliquer des troubles rebelles de cystite récidivant déjà depuis des mois, que de telles lésions, réduites quelquefois à une grande unité, mais le plus souvent

à deux ou trois et même davantage. Or, c'était bien là la cause des troubles de cette cystite rebelle, puisqu'il a suffi pour la faire cesser de crever ces abcès avec l'électrode en stérilisant les environnants.

Tel est le **DIAGNOSTIC ENDOSCOPIQUE** de la Maladie Néoformante, avec la série de renseignements sans prix qu'il donne; mais, répétons-le une dernière fois, ils auront cette valeur à la condition seulement de pratiquer cet examen endoscopique *avec toutes les précautions exposées* plus haut, suivant des *règles précises*, en s'y astreignant avec *une minutie extrême*; alors, on pourra en tirer tous les fruits possibles. En tout cas, c'est sur lui seulement qu'on est en droit de bâtir la thérapeutique dont la seule rationnelle et efficace sera la destruction directe sous le contrôle de la vue par voie endoscopique grâce à la Haute Fréquence.

*
**

Un mot seulement du **diagnostic différentiel**. Il sera à faire avec un *Polype vrai* et HEITZ-BOYER entend par là un polype constituant une véritable néoplasie, que son origine première ait été inflammatoire ou non : HEITZ-BOYER n'en a rencontré jusqu'ici que trois cas et il a fait le diagnostic, d'abord par suite d'une forme un peu étrange — dans un cas, c'était une véritable enclume — et surtout par le *caractère anormalement résistant à la destruction électrique* que présentaient de telles formations. Dans un seul cas, il a constaté une tumeur maligne, et c'est vraiment une des choses les plus surprenantes que le cancer de l'urètre chez la femme, particulièrement de sa partie juxta-vésicale, soit si rare. Un troisième diagnostic, qui paraîtra au premier abord un peu étrange, c'est celui à poser avec un *Diverticule urétral*, ou si l'on aime mieux une Urétrocèle; et pourtant dans un

cas, HEITZ-BOYER a fait l'erreur, et dans un autre cas il a failli la faire. Cela se comprend plus facilement si l'on ajoute que souvent ces lésions « en creux » s'accompagneront à leur embouchure dans l'urètre de « lésions » en saillie plus ou moins polypeuses : c'est, en tout cas, en pareil cas qu'une urétrographie pourra être particulièrement utile.

Pour finir, un dernier mot sur le **diagnostic étiologique**, qui a été déjà envisagé au début de notre thèse, et qui revêt, nous y insistons, une grande importance pour l'avenir. La pathogénie la plus fréquente, nous l'avons vu, est l'existence d'un *Syndrome entérorénal* qui aura entraîné au niveau du col vésical ces lésions néoformantes — existence qui impliquera pour l'avenir, comme il a été déjà dit plus haut, de *compléter le traitement Chirurgical par un traitement Médical de la cause première*, c'est-à-dire l'intestin. Egalemeut important est de ne pas prendre, pour une lésion isolée et localisée au col, la simple réaction de celui-ci vis-à-vis d'une *Tuberculose urinaire* très discrète, qui siègera alors le plus souvent dans le rein : il est certain que de promettre à une telle malade la guérison après l'intervention urétrocystoscopique sera cruellement déjoué par l'évolution ultérieure, puisque le bacille de Koch continuant à passer par la région, il pourra continuer à déterminer les mêmes troubles douloureux et de fréquence des mictions. En revanche, la présence de telles néoformations chez une néphrectomisée pour tuberculose rénale sera extrêmement intéressante, puisqu'elle suffit à expliquer certaines cystites rebelles après une néphrectomie, et qui ne s'expliquait pas à la suite d'examens cystoscopiques répétés montrant un retour à la normale de la muqueuse vésicale proprement dite. Il faudra alors toujours, en pareil cas, pour HEITZ-BOYER, *pousser plus loin l'investigation endo-*

scopique, en pratiquant une urétrocystoscopie, et dans deux cas, il en a été récompensé en découvrant des formations polypeuses dont la destruction a amené la guérison complète de ses patientes.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Ce chapitre sera l'objet d'un soin spécial, car M. HEITZ-BOYER y attache une grande importance : tous les détails en ont pu être précisés par lui depuis plus de dix-huit ans qu'il pratique l'opération endoscopique, seule capable, à son avis, de guérir de tels cas et qui lui a permis d'obtenir de si beaux résultats immédiats et éloignés : on pourra en juger plus loin. Cette intervention est exécutée en associant l'Urétrocystoscopie à la haute fréquence, et en recourant pour celle-ci à la technique de l'« Etincelage », les *étincelles froides ou demi-froides étant alors exclusivement employées* : l'Electrocoagulation doit être ici repoussée, et encore davantage doivent l'être les Courants Coupants : les Courants Mixtes pourraient au besoin être utilisés, mais sans aucun avantage et avec plutôt des inconvénients. Tout particulièrement, comme chez beaucoup de ces patientes, on sera amené à pratiquer un *Curetage* circulaire complémentaire du Col malade, l'étendue de l'application impose absolument alors de ne pas être trop brutal ; il ne serait pas indifférent de provoquer ultérieurement du fait de courants *trop énergiques parce que très thermiques*, une sténose cicatricielle secondaire ou, au contraire, une incontinence par destruction trop libérale du sphincter sous-jacent.

Tel est, caractérisé, en quelques mots le traitement

qui s'impose pour guérir ces patientes atteintes de maladie néoformante, guérison précieuse à réaliser, puisque ces lésions, nous l'avons vu, peuvent entraîner des effets si nocifs et qui rendront dans un très grand nombre de cas le sort des patientes très misérable.

Mais une *question préalable* se pose, concernant la justification même de cette intervention : faut-il toujours opérer de telles lésions ? L'opération est-elle absolument nécessaire ? Ou n'est-il pas possible d'espérer une guérison par des traitements médicaux et, en tout cas, non opératoires ?

Certes, on ne peut pas affirmer que ces troubles ne pourront pas, exceptionnellement, s'atténuer et disparaître par de simples lavages de vessie, ou même par des traitements purement médicaux : HEITZ-BOYER a vu plusieurs de ses patientes refuser l'intervention ou la différer et, si presque toutes ont dû finalement revenir se soumettre à l'intervention chirurgicale, il en est quelques-unes qu'il n'a pas revues ; et il sait que parmi elles deux ont pu retrouver un calme à peu près complet — à peu près, car au moins une d'entre elles est encore sujette à des crises de cystite. Il ne faut pas oublier, en effet, que le propre de la maladie néoformante est d'être *récidivante*, et que, entre les récidives, il peut y avoir des périodes de bien-être total : non seulement des mois, mais des années peuvent séparer deux crises. Puis, subitement, un accès reparaitra particulièrement brutal, souvent en voyage, loin du foyer, et la malade maudira alors sa pusillanimité d'avoir refusé l'intervention proposée — d'autant plus que dans ces cas à éclipses prolongées, c'est souvent à l'occasion d'une poussée de syndrome entérorénal (alias colibacillose) surajoutée, que les accidents reparaitront et seront alors particulièrement violents et difficiles à calmer ; en pareil cas, il y aura *adjonction* de l'élément infectieux, le-

quel avec son cortège d'inflammation et de congestion augmentera brusquement le volume des saillies néoformantes, qui déclancheront des phénomènes douloureux apaisés souvent depuis longtemps.

Si HEITZ-BOYER est aussi affirmatif, c'est qu'il a commencé au début de ses examens, lorsqu'il découvrit ces lésions du col, par leur *appliquer un traitement local non opératoire*, recourant à des instillations de nitrate d'argent, de plus en plus fortes, arrivant jusqu'à des titres tout à fait exceptionnels: certes, dans des lésions au début, surtout celles à forme œdémateuse, mais beaucoup moins dans la forme polypeuse, il a pu vérifier endoscopiquement une rétrocession, au moins partielle des lésions. Dans l'immense majorité des cas, même après deux ou trois mois de ce traitement chimique, malgré ces doses élevées de nitrate qui, naturellement, sont horriblement douloureuses (et cela en dépit de tous les anesthésiques locaux), il n'y a pas, ou il n'y a que très peu de changement.

C'est devant les insuccès nombreux qu'il a constatés, qu'il a été amené à recourir à la destruction chirurgicale systématique, faite directement sous le contrôle de la vue par voie endoscopique, en utilisant les ressources insoupçonnées et si efficaces de cet agent merveilleux qu'est la Haute Fréquence et qu'il venait de mettre en lumière.

Quelle que soit la supériorité habituelle du traitement opératoire, il a paru utile à HEITZ-BOYER d'en déterminer l'opportunité par un test précis, de pouvoir sur la vue des lésions constatées à l'urétrocystoscope décider si elles étaient encore capables de rétrocéder par simples lavages ou instillations, ou si d'y recourir était un leurre. Ce critérium ne consiste pas dans le volume des lésions, il ne dépend pas non plus de leur aspect, polypeux ou kystique — il réside pour HEITZ-BOYER dans l'existence d'une *organisation*

histologique déjà nette de ces sortes de bourgeons, organisation dont le critérium visible est pour lui la *présence d'un Pédicule Vasculaire* à l'intérieur de la néoformation, la présence de vaisseaux visibles l'ayant pénétrée profondément. Nous avons déjà signalé ce détail capital à propos du diagnostic urétrocystoscopique, et depuis quinze ans ce critérium ne s'est jamais montré défaillant pour HEITZ-BOYER. Dans ces saillies anormales de la région cervico-urétrale (que ce soit d'ailleurs pour l'homme ou pour la femme), la présence d'une vascularisation déjà organisée montre l'inutilité en pareil cas d'un traitement qui ne soit pas chirurgical. En voici une preuve, qui convaincra notre maître au début de ses recherches sur les lésions.

« Il s'agissait d'un interne que soigna HEITZ-BOYER en 1921 (néoformations de la région vésicoprostatique accompagnant et entretenant une blennorragie rebelle et récidivante) : quatre séries d'instillations au nitrate, poussées même jusqu'au titre de un pour trois, et même un pour deux lors d'un dernier traitement, ne firent rien sur trois *formations polypeuses, pourvues chacune de leur axe vasculaire* ; et, quelques trois mois après, l'interne réclamait de lui-même l'intervention chirurgicale. »

Ce qui est vrai de cette forme polypeuse l'est aussi pour la forme kystique : HEITZ-BOYER en a eu de nombreuses preuves.

Donc, une fois le diagnostic fait à l'urétrocystoscope, il faudra prévenir les patientes pusillanimes qu'on pourra « essayer les lavages et instillations », mais qu'elles souffriront presque certainement pour rien si ces néoformations ont déjà parfait leur organisation histologique.

Second précepte qu'il ne faut jamais oublier : c'est, le traitement chirurgical une fois décidé, de prévenir

ces patientes qu'il ne s'agit pas de quelques étincelles envoyées par-ci, par-là, et d'un traitement purement ambulatoire : *il s'agit d'une opération* ! On ne saurait trop insister sur ce point, si l'on veut éviter des mécomptes quant aux résultats : en particulier la sonde à demeure est indispensable au minimum pendant cinq jours, et même, pour être raisonnable, pendant une semaine, ce qui implique l'hospitalisation.

Troisième principe : il faut prévenir la patiente que cet acte chirurgical est très particulier comme *évolution post-opératoire*. Il faut l'avertir, en effet, qu'on ne recoud pas après la destruction obtenue comme on le fait pour les opérations habituelles, mais que, laissant à nu des parties escarrifiées, celles-ci mettront un certain temps pour s'éliminer et se cicatriser — et que pendant toute cette période il ne pourra y avoir guérison immédiate, mais que parfois se montrera une persistance et même une exagération momentanée des troubles : il faut que ces patientes aient la *patience* d'attendre les cinq à six semaines nécessaires pour que, d'abord, les escarres se détachent, et qu'à leur place la muqueuse ait eu le temps de se cicatriser complètement.

Quatrième précaution à prendre pour cette opération : prévenir la malade de la nécessité absolue d'une *Vérification Urétrocystoscopique ultérieure*, faite au minimum quatre à cinq semaines *après le premier acte chirurgical*, car, lors de celui-ci, on n'est jamais assuré de pouvoir effectuer toute la besogne nécessaire. HEITZ-BOYER, dont on connaît la compétence en matière de Haute Fréquence (puisque avec DOYEN et KEATING-HART, c'est lui qui a introduit la haute fréquence en chirurgie, en y apportant même le premier les effets de tension d'ODIN, ce qu'il a appelé l'Étincelage), HEITZ-BOYER ne cesse de prévenir qu'il faut

être très prudent dans toute application de cet agent si puissant : ses effets, les jours suivant l'application, s'augmenteront toujours plus ou moins, et dans leur emploi on doit toujours rester, dans l'action immédiate réalisée, en deçà plutôt qu'au delà de celle que l'on veut obtenir. Donc, 1° prudence lors du premier acte chirurgical, qui pourtant devra obtenir, sinon la totalité, du moins la très grande majorité de la destruction; et 2° obligation d'une vérification ultérieure, qui aura ainsi un double but : 1° s'assurer d'abord s'il ne persiste pas encore des lésions néoformantes qui n'ont pas été détruites, et 2° constater si des escarres faites lors de la première application ne sont pas encore détachées, formant des sortes de pendulum ou stalactiques qui, naturellement, seront une cause permanente d'irritation mécanique, expliquant qu'au bout de cinq à six semaines il puisse y avoir de gros troubles de fréquence et de douleurs la miction, décourageant profondément alors, on le comprend, la patiente. Si neuf fois sur dix, ces petites escarres par les étincelles de Haute Fréquence tombent spontanément, il en est qui demeurent ; et dans un cas, HERTZ-BOYER a pu ainsi, chez un patient traité par un autre collègue douze mois auparavant, retrouver une grosse escarre pédiculée qui formait battant de cloche, s'engageant à chaque miction dans l'urètre et constituant un corps étranger qui avait rendu l'acte chirurgical non seulement inopérant, mais ayant même empiré l'état du patient...

Voici quatre premiers principes, ou mieux, quatre précautions dont l'urologue doit absolument tenir compte avant d'entreprendre la cure chirurgicale de ces néoformations urétrocervicales féminines. A aucun prix, il ne faut la considérer comme une chose anodine, et il faut en convaincre auparavant les patientes.

Un *cinquième principe* important est qu'il faut pratiquer l'intervention sous une *anesthésie* suffisante, faute de quoi la besogne risquera toujours d'être mal faite, insuffisante, et le résultat opératoire obtenu s'en trouvera alors nul ou presque nul ! HEITZ-BOYER n'insiste-t-il pas sur ce que la moindre lésion qui aura été méconnue dans cette région, si minime soit-elle, rendra inefficente ou presque, la destruction de tout le reste de ces néoformations ? Cela peut paraître exagéré, paradoxal, *mais cela est* : HEITZ-BOYER peut l'affirmer, ayant été au début de sa pratique fort ennuyé par de tels cas, dans lesquels la destruction n'avait pas été absolument totale. Conclusion : « *Ou ne rien faire, ou faire tout* », car sans cela à quelles récriminations ne s'exposera-t-on pas de la part de ces patientes déjà nerveuses le plus souvent par principe, et qui le seront toujours pendant la période post-opératoire. Et ceci conduit à une sixième constatation que voici.

Sixième considération: ce seront des malades qui seront toujours très ennuyeuses, neuf fois sur dix, pendant toute la période d'hospitalisation ! Au bout de quelques jours, en effet, quelquefois dès le troisième ou le quatrième, elles ne trouveront pas justifiées, dans leur for intérieur, qu'on les retienne ainsi « au lit », avec une sonde « puisqu'on ne leur a pas ouvert le ventre » ! C'est un leitmotiv qui revient sans cesse sur leurs lèvres et est terriblement agaçant pour le chirurgien ; car si l'on cède on s'expose à la possibilité de gros ennuis, soit douleurs violentes de cystite dues aux corps étrangers constitués par les escarres encore tuméfiées, soit dysurie allant jusqu'à même une rétention, soit hémorragie... — et naturellement, si de tels accidents surviennent, la patiente déclarera alors « qu'on ne l'avait pas assez prévenue qu'ils pouvaient se produire, car alors elle aurait accepté de garder la sonde ». C'est le revers de la

médaille pour ces opérations endoscopiques, pour toutes d'ailleurs ! Et cependant quel grand progrès elles ont constitué, quels substantiels avantages elles ont apportés ! Il faut seulement en savoir les côtés désagréables ou ennuyeux.

Enfin, *septième obligation* à connaître et à observer dans cette opération endoscopique : c'est la nécessité pour les bien réussir d'un **appareillage** parfait ; seul il permettra une technique irréprochable, qui seule à son tour est susceptible de donner un succès complet en pareil cas.

Cette obligation concerne à la fois : a) Le *Générateur électrique* et les effets à en obtenir ; b) l'*Urétrocystoscope* ; c) les *Electrodes*, et enfin d) l'appareillage accessoire extra-vésical, un *Fixateur* dont l'utilité se montrera précieuse pour le chirurgien lui-même s'il ne veut pas être exténué par ces interventions souvent longues.

a) *Générateur électrique.*

Les appareils à Haute Fréquence sont maintenant très nombreux, l'étant devenus depuis que cet agent est devenu lui-même à la mode (d'ailleurs à juste titre) : les modèles en ont encore augmenté ces six à sept dernières années, depuis l'apparition des Courants Coupants, puisque quelques appareils récents fournissent exclusivement ceux-ci, tandis que les anciens Générateurs existant avant 1928 ne fournissaient que les courants coagulants (c'est-à-dire de forte intensité) avec pour quelques-uns d'entre eux, d'ailleurs les seuls vraiment satisfaisants, la possibilité de donner également, grâce à l'adjonction d'un Résonateur, les courants de Haute Tension pour étincelles froides. Or, ce sont ces derniers appareils qui restent de beaucoup préférables pour traiter les lésions inflammatoires de cette région cervico-vési-

cale chez la femme (cervico-prostatique chez l'homme); ce sont les seuls qui donneront une absolue sécurité pour pouvoir pratiquer ces Etincelages du Col, surtout si ils doivent être un peu étendus (1).

Voici un appareil qui donne toute satisfaction depuis dix-sept ans, appareil réalisé par BAUDOIN-GONDET pour HEITZ-BOYER, modèle dont un exemplaire employé par M. MARION à Lariboisière de 1919 à... 1932 fonctionne encore! Naturellement, un tel modèle à éclateur peut être conjugué avec un nouveau générateur à lampes (courants coupants), ou encore avec un second éclateur qui sera chargé de donner exclusivement alors les mêmes courants coupants. Si BAUDOIN-GONDET en ont un excellent modèle de cette catégorie, il en est maintenant toute une série d'autres chez WALTHER, CHENAILLE, DRAPIER, etc. ; mais de l'avis de HEITZ-BOYER, il faut *absolument* que le *Générateur soit pourvu d'un Résonateur pour donner des effets de Haute Tension*, à effet prédominant, ou exclusivement « mécanique », avec escarres légères, blanchâtres, très superficielles, non rétractiles: bien que suffisamment destructeurs pour ces lésions néoformantes inflammatoires, à texture restée délicate et fragile, ils ne risquent pas d'entraîner des destructions trop profondes, atteignant le sphincter ou provoquant ultérieurement une sténose du col vésical.

HEITZ-BOYER a caractérisé, il y a déjà longtemps, une telle modalité électrique d'*ETINCELAGE*, à la Société d'Electrothérapie (2), différenciant ces étin-

(1) Et, s'il s'agit d'un homme, Heitz-Boyer ajoute: « Les seuls qui vous autorisent à toucher au verum montanum, où les courants coupants sont susceptibles d'entraîner de véritables désastres. »

(2) Heitz-Boyer: Appareil médico-chirurgical de haute fréquence. Classification et terminologie des effets de haute fréquence. *Bulletin de la Société d'Electrothérapie*, avril 1923.

celles « froides » (3) ou « demi-froides » (ou chaudes même), en analysant leurs effets physiologiques. Or, déjà les étincelles « chaudes sont » à éviter le plus souvent sur le col vésical, à plus forte raison les étincelles carbonisantes et encore plus l'Electrocoagulation du contact ! Quant aux courants Coupants, il serait possible d'y recourir, mais avec de réels aléas qui, pour être évités, impliquent une grande habitude de la Haute Fréquence : autant HEITZ-BOYER en est partisan pour la chirurgie prostatique de résection ou pour l'évidement des diverticules prostatiques, autant il les repousse pour ces lésions néoformantes où des courants beaucoup moins brutaux suffisent.

Impossible, naturellement, pour nous d'entrer dans le détail de production de cet Etincelage froid ou tiède de Haute Fréquence qui, finalement, réclame seulement de l'urologue de savoir « accorder le résonateur » pour en obtenir des effets efficaces.

Naturellement, la Coagulation pourra être utile exceptionnellement, afin de pouvoir, au besoin, faire une application hémostatique sur un vaisseau qui saignerait, mais HEITZ-BOYER, au cours de près de quatre cents cas de maladie néoformante opérée, en a vu deux fois seulement la nécessité ; et, d'ailleurs, cette ressource se trouve toujours à la disposition de l'urologue dans les vieux appareils à éclateur, qui ont toujours associé les effets d'intensité aux effets de tension des anciens courants amortis.

b) L'Urétrocystoscope.

Là aussi, aujourd'hui beaucoup de modèles existent : HEITZ-BOYER reste fidèle d'autant plus au sien

(3) A vrai dire (et Heitz-Boyer a bien soin de le spécifier), il n'y a pas d'étincelles *absolument froides*, surtout si on les répète sur un même point pendant un certain laps de temps : la répétition d'un acte mécanique entraîne nécessairement un dégagement de chaleur, mais il peut rester très minime.

qu'une de ses caractéristiques a été *créée* précisément *en vue de son utilisation Opératoire*. Voici pourquoi. Dans cette chirurgie du Col Vésical et, à l'inverse de ce qui se produit pour des résections de prostate, l'action du chirurgien peut avoir à s'exercer aussi bien en haut qu'en bas, que sur les côtés du col vésical, où peuvent siéger indifféremment les lésions néoformantes. Or, au moment de l'acte opératoire, arrivent nécessairement à l'Urétrocystoscope et y pénètrent : 1° le tube d'entrée du liquide ; 2° le tube de sortie de ce même liquide ; 3° le cordon de lumière ; 4° l'électrode de Haute Fréquence. Avec les autres urétrocystoscopes qui n'ont pas la double fenêtre de celui de HEITZ-BOYER, le chirurgien devra, au fur et à mesure qu'il aura à traiter le bas ou le haut du col ou ses côtés, faire pivoter sur lui-même la totalité de l'instrument ; naturellement les quatre éléments énumérés plus haut vont suivre le mouvement et pivoteront également, s'entremêleront les uns avec les autres, les tubes d'eau se pliant souvent et se bouchant alors, le courant de lumière à basse tension venant en contact avec le courant de force de Haute Fréquence, ce qui provoquera des étincelles partant de l'un à l'autre !... Ainsi, se crée un parfait désordre avec toute une série d'inconvénients et même de dégâts. Au contraire, avec l'urétrocystoscope de HEITZ-BOYER, la chemise extérieure ne bougeant plus désormais en quelque point que soit l'endroit où l'électrode a à agir, seule celle-ci aura à se déplacer en même temps que l'optique dont elle est solidaire, tandis que les trois autres éléments (concernant le liquide de distension et la lumière) resteront rigoureusement immobiles, dans la position primitive.

Ce petit détail de technique semble bien accessoire au premier abord, mais il suffit d'avoir vu successivement les deux techniques mises en jeu pour apprécier tout l'avantage de celle que permet l'instrument de notre Maître, surtout dans des cas un peu complexes

où les lésions sont multiples et disséminées sur toute la circonférence de la région vésicale, et tout particulièrement quand il faut pratiquer un curetage circulaire total de ce col malade.

De même, les deux optiques supplémentaires, rétrograde ou oblique à 45 degrés, seront précieuses pour attaquer une néoformation très intra-vésicale ou, au contraire, très intra-urétrale.

En pratiquant beaucoup de ces Etincelages du col, on s'apercevra de tout l'intérêt de ces petits points de technique instrumentale.

c) *Statif.*

C'est pour les mêmes raisons de commodité du chirurgien au cours de l'acte opératoire, qu'un bon *fixateur* extérieur sera utile, en assurant une immobilisation suffisamment souple de l'Urétrocystoscope, tout en permettant que le chirurgien n'ait pas à la faire; ce dernier avantage est tout particulièrement précieux au cours de cette chirurgie endoscopique du col chez la femme, où la brièveté de l'urètre fait que, faute de cet immobilisateur externe, l'opérateur se trouve *obligé pendant toute l'opération d'avoir une de ses mains occupée uniquement à cette tâche*; d'ailleurs, rapidement elle devient très fatigante, exigeant une tension musculaire de tout le membre supérieur depuis la main jusqu'à l'épaule.

Petit détail encore, dira-t-on; oui, très terre à terre, mais que la longue expérience de HERTZ-BOYER lui a montré jouer beaucoup, pour que ne deviennent pas véritablement « éreintantes » (on voudra bien excuser cette expression qui a le mérite d'être très significative) ces interventions endoscopiques chez la femme, susceptibles de durer trente et quarante minutes, et même plus.

d) *Electrodes.*

Enfin, les *Electrodes*, comme dans toute opération endoscopique, joueront un grand rôle ; et c'est pourquoi depuis vingt-six ans HEITZ-BOYER n'a cessé de les perfectionner en créant toute une série de modèles. Pour cette maladie néoformante du col, l'électrode à *plateau* sera suffisante, et même préférable, le plateau devant seulement présenter des bords les plus arrondis possible : HEITZ-BOYER en a fait faire un modèle de ce genre chez EYNARD et GENTILE.

En revanche, l'électrode *obus* n'aura que très exceptionnellement d'indication, et il vaut mieux ne pas y recourir, car elle peut être offensive en pareil cas. A plus forte raison le sera l'électrode *aiguille*. En revanche, l'électrode *fourche* pourra être utile pour, en fin d'opération, détacher *immédiatement* sur-le-champ quelques escarres particulièrement importantes et plus ou moins pédiculées, et sans avoir à attendre qu'elles s'éliminent spontanément les semaines suivantes.

ANESTHESIE

L'*anesthésie épidurale* est absolument nécessaire pour pratiquer cette chirurgie, au moins lors du premier acte opératoire, qui est essentiel ; en revanche, la vérification pourra, au besoin, se faire sans elle. Lors du premier Etincelage, il faut, en effet, avoir une résolution complète de l'anneau cervico-vésical, en même temps qu'une immobilisation absolue de la patiente, qui ne doit pas bouger et sauter en l'air à chaque bordée d'étincelles envoyée : sans cela, à la fois on fera une besogne incertaine et le plus souvent incomplète, et on risquera d'être dangereux, les étincelles atteignant une autre région que celle visée et commettant ainsi des dégâts inutiles. Toutes les solutions anesthésiques sont bonnes ; HEITZ-BOYER utilise de préférence la scurocaïne et la

percaïne, qui a, elle, l'avantage de prolonger l'anesthésie jusqu'à une heure et demie souvent. Ne pas oublier la précaution capitale bien montrée par Mocquot et dont HEITZ-BOYER ne cesse d'avoir la confirmation depuis douze ans : attendre absolument vingt minutes après l'injection pour commencer l'acte opératoire.

Une piqûre de sédol préalable, 30 à 40 minutes avant l'acte opératoire sera toujours utile.

Technique de l'acte opératoire.

L'acte opératoire variera naturellement suivant les cas, la grosseur des saillies, leur nombre, leur siège, selon l'intégrité des régions adjacentes du col, de la vessie et de l'urètre.

Nous différencierons : 1° d'une part la destruction des saillies isolées ; 2° d'autre part le curetage plus ou moins généralisé du col, qui aura à compléter dans certains cas cette destruction très parcellaire afin de pouvoir obtenir un résultat thérapeutique vraiment complet. On pourra trouver que nous exagérons les précautions pour un acte chirurgical qui semblera à un chirurgien général « très secondaire et anodin » ; et pourtant c'est au prix seulement de cette minutie extrême, méticuleuse même, que la chirurgie endoscopique de nettoyage de cette région pourra donner les résultats qu'a pu en obtenir HEITZ-BOYER.

1° *Destruction des saillies isolées.*

Elle sera différente suivant le *siège de la néoformation* et tout spécialement suivant la **base d'implantation** : ces deux facteurs sont d'une importance capitale, en particulier la base d'implantation. En effet, quand on n'en est pas prévenu, on croira avoir détruit complètement, de la racine au sommet, la

saillie néoformante proéminent nettement sur le col au-dessus du rebord vésical, *dont elle paraît alors partir* : mais dans beaucoup de cas, ce n'est là qu'une apparence et, en réalité, l'implantation se fait au loin de la marge du col, *dans l'urètre lui-même* : c'est donc là qu'il faut aller la chercher et la découvrir pour l'y détruire. Et il faut le faire d'emblée, dès le début de la destruction, car ceux qui ont l'habitude de manier la Haute Fréquence savent combien rapidement les alentours de la région où frappent les étincelles se soulèveront, simulant des élevures pathologiques, faisant croire à d'autres néoformations pathologiques, alors qu'elles ne sont qu'un effet tout récent de l'acte chirurgical lui-même. HEITZ-BOYER, dès sa première communication en 1910 sur la destruction des tumeurs de vessie par la Haute Fréquence (4), a signalé ce fait d'une importance primordiale pour ne pas étendre démesurément et inutilement une destruction de lésions néoplasiques existantes.

Cette recherche de l'implantation exacte de la néoplasie dans la région *Urétrale* juxta-cervicale, toujours difficile à voir, pourra exiger l'emploi de la seconde optique à incidence oblique ; ou bien encore, c'est en faisant uriner volontairement la patiente, que le liquide vésical en sortant élargira le champ de vision.

La base d'implantation siégeant dans *la Vessie même au-dessus du Col*, et aux confins immédiats de celui-ci, sera plus facile à atteindre : le troisième optique à vision rétrograde y aidera. Mais, au besoin, on pourra y arriver encore en imprimant un léger mouvement de bascule au pavillon de l'urétrocystoscope, ce qui est possible dans une certaine mesure, nous l'avons vu, chez la femme.

(4) Heitz-Boyer et Cottenot: Un nouveau traitement endoscopique des tumeurs de veine par les courants de haute fréquence. *Congrès français d'Urologie*, octobre 1911.

Cette base d'implantation est particulièrement importante à reconnaître lorsqu'il s'agit de la forme polypeuse, surtout en cas de polypes avec pédicules : en cas de polypes sessiles ou de kystes, ou d'œdème, ou de saillies angiomateuses, on risque moins d'en laisser une partie inattaquée, car c'est d'emblée et directement sur leur masse qu'agira l'électrode.

Quant à l'action même de cette électrode sur une de ces saillies, elle n'a rien de différent de celle que l'urologue est habitué à exercer sur un polype vésical quelconque : l'action d'étincelle, qui est la seule de l'avis de HERTZ-BOYER à envisager en pareil cas, se fait en maintenant le plateau de l'électrode à une certaine distance de la néoformation : ces rapprochement et éloignement variables se faisant soit par pulsion seule de l'électrode, soit par déplacement conjugués de l'électrode et de l'urétrocystoscope, soit par des mouvements d'onglet de celui-ci.

On voit alors les étincelles partir sous le contrôle de la vue et *pulvériser* littéralement ces néoformations, toujours fragiles et faciles à détruire. Néanmoins, HERTZ-BOYER préfère les attaquer d'abord par des étincelles assez puissantes, étincelles tièdes plutôt que par des froides, car les premières sont plus destructrices, *tout en laissant toujours une cicatrice blanche* : c'est là le critérium facile à constater qu'on n'aura pas utilisé des effets trop coagulants ; dans le cas contraire, l'escarre deviendrait immédiatement plus ou moins noire. On ne recourra aux étincelles plus froides, à action plus douce, que pour parfaire la besogne aux environs mêmes de l'implantation de la néoformation.

L'escarre, si elle est minime se détachera toute seule, formant souvent comme une sorte de dentelle et tombera dans la vessie ; si elle est plus volumineuse elle pourra rester adhérente, et alors trois at-

titudes sont possibles : ou la laisser en place, car elle aura 99 chances sur 100 de tomber toute seule dans les trois, quatre ou cinq semaines suivantes — ou essayer par une application rapide et modérée en électrocoagulation de la faire sécher et, une fois carbonisée, la détacher plus facilement directement avec l'électrode — ou enfin recourir à l'électrode « fourche » de HEITZ-BOYER pour enserrer le pédicule plus ou moins étroit par lequel l'escarre tient encore, et alors, poussant devant soi l'électrode, parcourue en pareil cas par un courant coupant (5), sectionner ce pédicule et détacher ainsi cette partie morte.

La même manœuvre se répétera pour chacune des saillies qui auront été repérées. De quelque nature ou aspect qu'elles soient, elles pourront être ainsi détruites même les fortement vascularisées, à couleur rougeâtre, « pseudo-angiomateuses » ; seulement, on devra recourir alors, de préférence, à des étincelles déjà plus chaudes et un peu coagulantes.

Telle est la première technique à mener à bien, en présence d'une ou plusieurs de ces saillies, de volume variable, mais *toujours nettement proéminent* : c'est d'ailleurs ce caractère indispensable qui, seule, peut motiver de recourir à un acte chirurgical. Nous allons voir qu'elle devra souvent être complétée par un véritable « *Curetage électrique* » sur les alentours de ces saillies détruites préalablement.

2° *Curetage électrique du col.*

On y recourra chaque fois que la muqueuse cervicale, ou urétrale, ou même vésicale juxta-cervicale, ne présentera pas un aspect absolument normal : les altérations inflammatoires y sont fréquentes, ce qui

(5) Voilà en quoi un *générateur* de haute fréquence *complet*, c'est-à-dire présentant toutes les modalités de courant actuellement utilisées (coupant, coagulant, de résonance), sera toujours utile.

est naturel, puisqu'au fond, ces saillies plus fortes, de nature inflammatoire, ne sont que l'exagération, l'aboutissant d'un même processus, de nature identique et relevant le plus souvent d'une même origine (entéro-rénale dans la majorité des cas). Ces altérations, secondaires aussi bien comme volume que comme ancienneté, se présentent avec des aspects très variables : ou simple hyperémie, ou congestion intense, ou œdème blanc mou dans lequel l'électrode s'enfoncera, ou œdème jaune plus dur qui résistera déjà à la pression de l'électrode, ou petites plaques de papillomatose mentue en « touffes de gazon », ou petits kystes minuscules disséminés, etc.

Il sera toujours utile d'agir sur de telles lésions dans la même séance, et par ce même agent destructeur si facile à manier et à doser qu'est la Haute Fréquence quand on sait s'en servir : de cette façon, on complétera les destructions plus profondes isolées, en répandant tout aux alentours une pluie d'étincelles plus légère, très peu destructive, « froides », « arrosant » en quelque sorte tout ce qui, dans le col, n'avait pas paru être normal *avant toute application de Haute Fréquence* ; car nous rappelons qu'aussitôt que celle-ci a été utilisée en un point quelconque, il peut se produire une réaction œdémateuse pouvant similer des lésions en réalité inexistantes.

Dans certains cas, on sera amené à pratiquer ce véritable *Curetage Electrique sur la totalité du pourtour du col*, au-dessus comme au-dessous de lui, région juxta-vésicale et région juxta-urétrale. La technique consistera d'abord en des mouvements de va-et-vient de l'électrode, dirigée *de façon radiaire* d'avant en arrière d'abord, puis d'arrière en avant comme on le ferait avec une curette sanglante à l'intérieur d'un utérus. Puis, pour relier ces traînées successives d'Étincelages plus ou moins parallèles, on pourra promener l'électrode *circulairement* sur toute la circonférence du col enflammé. A condition de re-

courir exclusivement à des étincelles à action superficielle et purement mécanique, ce curetage plus ou moins étendu sera à la fois sans danger et très efficace pour régénérer la totalité d'une muqueuse enflammée et malade souvent depuis des mois et même des années.

Soins post-opératoires.

L'opération est terminée et tout ce qui paraît suspect a été ainsi détruit plus ou moins profondément. Il faut alors, de toute nécessité, *mettre une Sonde à demeure*, dans le double but d'éviter des souffrances à la patiente, et d'empêcher des contractions qui, non seulement peuvent être très douloureuses, mais risquent d'entraîner un détachement trop rapide des escarres avec production d'une hémorragie. C'est là, un danger qui est loin de pouvoir se produire de façon constante ; mais tout de même, au début de cette technique, et alors que HERTZ-BOYER n'appliquait pas systématiquement cette mise au repos de l'endroit étincelé, il a vu, deux fois, se produire des *Hématuries abondantes*, et beaucoup plus souvent s'installer des crises de véritable *Cystite* paroxystique. Mais il est une troisième raison pour mettre cette sonde à demeure, c'est qu'elle va assurer pendant plusieurs jours le *drainage du réservoir vésical*, où précisément se trouvent dans la majorité des cas des lésions inflammatoires concomittantes ; or, on sait combien un drainage à demeure de la vessie a une heureuse influence sur son infection et son inflammation, et ainsi on fait d'une pierre deux coups. Ce drainage sera assuré par une sonde de PETZER, de petit calibre, une 16 par exemple ; et il sera maintenu rigoureusement au moins une semaine, si possible même douze ou quatorze jours, s'il s'agit de lésions très accentuées ou ayant nécessité un curetage total

du col, et si la patiente présente un système nerveux très irritable. Pendant toute cette période, on pratiquera au moins deux lavages de vessie par jour, mais sans jamais recourir au nitrate d'argent.

La sonde enlevée, il faut bien prévenir la patiente que plusieurs alternatives peuvent se produire : *a)* quelquefois on sera surpris de voir immédiatement un changement presque complet dans l'état de la patiente, qui ne souffre plus en urinant et dont la pollakiurie a disparu comme par enchantement ; ce sont là des cas rares ; *b)* le plus souvent, la malade sera nettement soulagée, mais il faudra bien lui avoir dit d'avance qu'elle doit attendre, d'ordinaire, deux ou trois semaines pour que un calme à peu près complet soit revenu dans sa vessie ; *c)* enfin, troisième éventualité, heureusement assez rare, l'opérée présentera après des périodes de calme relatif, une crise violente de douleurs, avec même esquisse de rétention, phénomènes pouvant durer quelquefois plusieurs heures, et qui l'effraieront grandement : il s'agit alors d'escarres persistantes non détachées, plus ou moins pédiculées, en battant de cloche, et qui, en s'engageant dans l'urètre, l'obstrueront plus ou moins.

Cette variabilité d'évolution post-opératoire fait qu'il faut toujours avoir sous sa surveillance les femmes ainsi opérées ; car, quoi qu'on les en ait prévenues, elles auront vite fait de s'affoler au cas où ces accidents surviendraient de façon plus ou moins violente. D'autre part, il y a un grand intérêt pendant ces trois ou quatre semaines à ce que d'une façon bi-hebdomadaire on pratique un sondage, très doux, pour, à la fois, continuer la désinfection de la vessie, et aider à l'évacuation des débris sphacelés ; mais ce qu'il ne faut à aucun prix faire, c'est de recourir, chez elles, à des lavages ou instillations de nitrate d'argent : en agissant ainsi avant trois ou quatre

semainés, on risquerait de détacher trop précocement une des escarrification faites et de déterminer une hémorragie dont on ne pourrait prévoir toujours l'importance. Ce sont là, d'ailleurs, des règles communes à toute application de Haute Fréquence, et qui valent pour ces néoformations du col vésical comme pour les polypes vésicaux ; il y a longtemps que HEITZ-BOYER les a édictées, instruit par l'expérience.

C'est seulement au bout de cinq à six semaines que les patientes opérées pourront espérer et obtenir un soulagement sinon complet, presque complet de leurs troubles : peut-être encore auront-elles un col de vessie sensible, mais le changement obtenu sera assez grand pour qu'on puisse parler de guérison. Il n'y aurait exception à cette amélioration très notable que si survenait par malheur une nouvelle poussée de syndrome entérorénal chez ces patientes qui, presque toutes, présentent un processus exentéral. Aussi bien, faut-il, systématiquement, chez toutes ces malades où l'on soupçonne un pareil état exentéral comme ayant été à la base même de ces néoformations cervicales, mettre en œuvre le traitement intestinal prophylactique nécessaire.

**

Comme on le voit, à la fin de ce chapitre de Technique Opératoire et des Soins Post-opératoires se trouve bien justifiée la notion que met sans cesse en évidence HEITZ-BOYER : c'est que cette opération endoscopique n'a rien d'anodin, et que si les résultats qu'on obtient compensent de tout le côté ardu qu'elle présente — pour la patiente comme pour l'opérateur, elle impose des précautions, une hospitalisation, des soins aussi importants que beaucoup d'autres opérations auxquelles on n'aurait pas songé à les comparer. C'est donc le dernier chapitre de notre travail qui, en exposant les succès obtenus par elle, justifieront qu'on y recourre.

CHAPITRE V

RESULTATS

Nous avons pu collationner, parmi les cas traités en clientèle privée par M. HEITZ-BOYER, 72 observations suivies, c'est-à-dire à peu près les deux tiers des cas opérés par lui en ville, dont plusieurs remontent à 15 et 16 ans. En ce qui concerne les malades traitées à l'hôpital, soit à Necker, soit à Saint-Michel, à Saint-Louis, puis à Lariboisière, les cas observés ou opérés par HEITZ-BOYER et ses élèves dépassent le chiffre de 400 : quelques-uns sont bien probants, mais un grand nombre n'ont pu être suivis comme les patients de ville : aussi, l'année dernière, un autre élève du Dr HEITZ-BOYER, DOUZIECH avait-il entrepris une enquête sur ces malades de la clientèle hospitalière, et cette enquête permettra encore mieux, poursuivie jusqu'à la fin de cette année, de convaincre les urologues de l'intérêt de cette Maladie Néoplasique — intérêt qui (nous ne pouvons que le répéter une fois de plus) tient à la fois aux conséquences redoutables que ces troubles engendrent de par leur caractère rebelle et récidivant, « empoisonnant » véritablement l'existence des patientes, et — à la facilité avec laquelle, le diagnostic exact posé grâce à un examen Urétrocystoscopique alors absolument indispensable, tous ces accidents pourront être guéris en recourant à un Etincelage de Haute Fréquence qui transformera en quelques jours, en quelques semaines, une existence troublée depuis des années !

L'exactitude de cette double affirmation, que tout au long de notre thèse nous nous sommes efforcé de justifier par des faits, va être mise en évidence par la relation de quelques-unes des observations particulièrement probantes de HERTZ-BOYER, qui illustreront en quelque sorte les différents aspects de la maladie, soit au point de vue des accidents locaux (forme douloureuse, forme à fréquence des mictions, forme à urines claires, forme hématurique, forme à obstruction avec dysurie et même rétention) — soit au point de vue des accidents généraux, en revêtant alors une allure de troubles Psychiques souvent graves.

OBS. I. — *Forme douloureuse, pollakiurique, à urines claires, à évolution très ancienne, récidivante et très rebelle.*

Mme T..., 45 ans, mère d'un de nos jeunes collègues, m'est conduite par lui, en septembre 1922, pour des accidents Urinaires, consistant essentiellement en des crises de *Cystite très douloureuse* avec fréquence et impériosité des mictions, et s'accompagnant de douleurs dans le côté droit.

Le passé de la patiente est très chargé, remontant loin aussi bien du côté des troubles urinaires que du côté des autres phénomènes pathologiques, les deux, d'ailleurs, s'intriquant étroitement comme on va le voir.

Les accidents Urinaires remontent à 29 ans, en 1893, à l'occasion du premier accouchement, qui est très difficile et se fait dans de mauvaises conditions : une Cystite très douloureuse apparaît, avec des brûlures extrêmement violentes que l'on calme difficilement par un traitement local. On constate aussi des Métorrhagies abondantes, avec une rétroversion utérine.

De 1893 à 1897, les envies d'uriner restent toujours fré-

quentes, même la nuit, et les urines sont troubles. La malade est fatiguée. On diagnostique une anémie, et surviennent des syncopes fréquentes. Le Docteur Bazy est consulté à ce moment-là. En 1895, le Professeur Segond la traite pour ces troubles utérins : massages, cures salines. Une pleurésie survient à ce moment.

En 1899, second accouchement qui est plus facile, mais pendant la grossesse il y a de l'albumine, sans qu'on précise s'il existait ou non purulence des urines.

En 1904, de nouveau des métrorrhagies qui conduisent à faire une nouvelle cure saline; mais à partir de ce moment, la malade se plaint du côté droit de l'abdomen, et les urines sont épaisses par périodes, pendant plusieurs jours de suite, puis s'éclaircissent. L'ensemble de ces troubles détermine une dépression nerveuse très accentuée.

En 1909, une crise abdominale très violente se produit du côté droit avec vomissements, température à 38°, 39° 5, et on pense à une Appendicite qui est opérée : or, on est étonné de trouver un appendice en bon état. A noter que les jours suivants de l'opération, on est forcé de sonder la malade, et que le sixième jour des douleurs très violentes apparaissent dans le bas-ventre qui forcent à faire des lavements répétés de laudanum et d'antipyrine, et une nuit la crise prend une telle importance que le pouls monte jusqu'à 140. Les urines à ce moment paraissent claires à l'émission, mais en pratiquant un sondage les urines recueillies présentent du pus et du sang; on pratique alors des lavages vésicaux au nitrate d'argent, et pendant toute une période la malade présente des *urines très purulentes* avec des mictions très douloureuses et se répétant plusieurs fois par heure. On parle à ce moment de Pyonéphrose, et une Cystoscopie est pratiquée par le Docteur Luys, dont le résultat n'est pas probant. On continue les lavages de vessie jusqu'au mois d'octobre, pendant par conséquent plusieurs mois. Le rétablissement de la patiente est très long, demandant presque six mois.

Depuis cette crise très violente, à partir de 1909 par conséquent, la patiente a *toujours présenté des envies d'uriner fréquentes* : une quinzaine de fois dans la journée, cinq à huit fois la nuit. La douleur est à type de brûlure; il n'y aurait pas d'albumine, mais des urates en grande abondance. D'autre part, un interrogatoire serré fait apparaître un symptôme fort intéressant aux yeux d'HEITZ-BOYER : c'est l'existence d'une *douleur siégeant juste au-dessus du pubis* et qui se produit *immédiatement après la miction*, rendant la ré-

gion sus-pubienne tellement sensible qu'elle ne supporte aucune pression. Pendant cette période de *Cystite presque continue, qui va s'étendre jusqu'en 1919*, apparaissent en 1917 des Métorrhagies, qui provoquent une application de radium par le D^r DEGRAIS qui obtient une ménopause artificielle. La température reste tous les soirs assez élevée, variant entre 37° 7 et 38°, et il existe également des douleurs dans le côté droit du ventre qui s'irradient jusqu'à la cuisse.

En 1919 survient une crise particulièrement douloureuse de ce côté qui fait consulter le Professeur Hartmann; celui-ci pense à un Calcul et fait radiographier la patiente par le D^r LEDOUX-LEBARD, qui trouve une série de petites ombres dans la moitié droite de la cavité du bassin, semblant de simples « taches pelviennes ». Les crises douloureuses vésicales pendant la miction et après la miction à siège suspubien (voir plus haut) continuent avec des intervalles irréguliers; elles augmentent très nettement avec la fatigue. Au milieu de l'année 1922, la patiente maigrit, s'affaiblit, et on constate une augmentation particulière à la fois de la douleur dans le côté droit du ventre et des douleurs de cystite.

A ce moment, le 9 septembre 1922, la patiente est conduite au D^r HEITZ-BOYER, pour tâcher de caractériser l'origine de l'ensemble de ces *troubles urinaires*, qui, comme on le voit, *ont débuté il y a 29 ans* et en somme *n'ont jamais cessé* d'une façon complète, avec des exacerbations passagères, troubles qui, depuis 1909, par conséquent depuis exactement 13 ans, ont véritablement empoisonné l'existence de la patiente, *sans qu'aucun des traitements mis en œuvre ait pu apporter une amélioration*.

Quelques jours auparavant, le 29 août 1923, une série très complète d'examens d'Urines avaient été faite chez Carrion. Ils montrent « *l'absence de pus*, car n'existent que quelques rares leucocytes dont l'explication se trouve dans des hématies, qui témoignent ainsi de l'existence d'une hématurie microscopique; on signale d'assez abondants phosphates terreux amorphes; pas de cylindres. Au point de vue bactériologique, sur lames quelques *rares* diplocoques prenant le gramme, ayant les caractères de l'*Entérocoque*, et leur confirmation est donnée par les cultures qui montrent les mêmes entérocoques, mais très rares également.

Déjà, de par cet histoire montrant des troubles de *Cystite* tellement *anciens* d'une part et *rebelles* d'autre part à tous les traitements, coïncidant avec la constatation contradictoire

toute récente d'une urine claire et presque stérile, Heitz-Boyer présume l'existence de NÉOFORMATIONS INFLAMMATOIRES du col vésical : leur origine s'explique facilement par cette longue irritation vésicale ayant duré plus de 25 ans : il lui apparaît qu'il s'agit chez cette patiente d'une de ces *Cystites « mécaniques »*, forme de la maladie néoformante à *urines claires*, sur laquelle il avait eu son attention attirée déjà par la constatation de plusieurs autres cas. Un nouveau sondage pratiqué le 9 septembre confirme ce diagnostic, ramenant une urine claire, dans laquelle cette fois n'existe pas le moindre élément figuré, leucocytes ou microbes. Mais comme, d'autre part, existe cette douleur dans le côté droit, Heitz-Boyer décide de pratiquer, en même temps qu'une Urétrocystoscopie qui reste l'élément essentiel de l'exploration, un cathétérisme urétéral double.

Celui-ci, le 9 septembre 1922, montre la stérilité absolue des deux reins; mais tandis que le rein gauche paraît normal, cathétérisé jusqu'à 25, 30 cc., ramenant immédiatement de l'urine avec une capacité de 5cc., le côté droit ne laisse pénétrer la sonde que jusqu'à 22 centimètres où elle butte en réveillant une douleur, tandis qu'aucune urine ne s'écoule; pour en obtenir il faut redescendre la sonde jusqu'à 19 centimètres où un goutte à goutte très lent s'établit; la capacité du bassinnet semble normale, la douleur étant réveillée dès 5 centimètres cubes qui reviennent intégralement. Une Urétéropyélographie rétrograde est pratiquée, qui montre un bassinnet presque normal, dans un rein un peu descendu et sans apparence de calcul.

L'**Urétrocystoscopie** est tout à fait démonstrative, confirmant l'existence de toute une série de NÉOFORMATIONS hérissant le *Col vésical*, le rendant tout à fait irrégulier, — en même temps que d'autres néoformations sont découvertes sur la portion *juxta-cervicale* de l'Urètre. Voici énumérées et précisées ces saillies néoformantes au nombre de cinq principales.

a) De celles qui siègent au niveau même du *Col*, deux sont d'aspect nettement *Polypeux*, en forme de « pis de vache », l'une à 10 heures et l'autre à 1 heure. Une troisième néoformation importante, encore nettement cervicale, se trouve à 7 heures, mais celle-ci sessile est *très vasculaire*, de couleur rougeâtre, d'aspect *Angiomateux*. Dans l'intervalle de ces trois premières néoformations cervicales, une série d'autres irrégularités en « mameçons » formant sur le côté gauche un aspect en « dents de scie », saillies cette fois

non plus roses ou rouges comme les précédentes, mais gris-jaunâtre, sans doute lésions d'*œdème dur*.

b) Dans la portion URÉTRALE adjacente, se trouvent les deux dernières saillies, dont une première sur la paroi inférieure de l'Urètre voisin de la néoformation angiomateuse de 7 heures et comme elle sessile, aplatie comme un gros hanneton, rouge violacée, épaisse. La cinquième saillie sessile occupe la presque totalité de la paroi urétrale droite, formant un gros soulèvement rosé qui évoque un aspect *Polypeux*.

Cet examen a été fait d'abord avec l'optique à 45°; l'examen avec l'optique à vision rétrograde confirme l'existence des lésions vues précédemment et il montre de plus l'intégrité absolue du Versant vésical du Col.

Devant ces renseignements si probants, un *Etincelage* de ces saillies est décidé et est exécuté le 26 septembre sous anesthésie par protoxyde d'azote. Emploi du générateur à Ecclateur d'Heitz-Boyer-Beaudoin, en ne recourant qu'à des Étincelles de tension, d'abord au plot n° 3 (étincelles t'èdes), puis pour finir avec le plot n° 4 (étincelles froides) qui permettent de compléter cette destruction des saillies isolées par un « *Curetage* » *total* de toute la marge du col. Sonde à demeure.

Les suites opératoires sont très simples : 37° 8 le soir des deux premiers jours et la température revient à la normale. Lavages quotidiens de la vessie qui est, elle aussi, un peu enflammée par endroits, mais peu. — Le 8 octobre, c'est-à-dire le douzième jour après l'opération, suppression de la sonde, et la malade se trouve immédiatement soulagée, les mictions restant sensibles. En revanche, disparition complète d'emblée de la *douleur sus-pubienne*, qui existait depuis des années, se produisant presque à chaque miction, et qui, en grande partie, avait immobilisé la patiente dans sa vie active! La patiente reste jusqu'au 16 octobre à la clinique, avec des lavages quotidiens qui ramènent chaque fois quelques débris d'escarre, et elle quitte la maison de santé avec des mictions redevenues déjà presque normales.

Cette patiente, qui présente un système nerveux très sensible et qui était arrivée, il ne faut pas l'oublier, dans un état général assez grave pour être inquiétant, par suite de l'amaigrissement survenu les trois derniers mois, se remet peu à peu; trois mois après l'intervention, elle *commence à retrouver une santé qu'elle n'avait pas eue depuis des années, presque depuis 25 ans*. Entre 1922 et 1936, cette femme

a repris une activité exceptionnelle, s'occupant d'œuvres nombreuses auxquelles elle a pu donner une impulsion personnelle et qui l'obligent à mener une vie extrêmement fatigante, qu'elle a pu supporter.

En résumé, voici une première observation particulièrement probante de par son recul (elle date déjà de 14 ans) et par la persistance des résultats obtenus et vraiment démonstrative des points principaux exposés dans notre thèse, que nous soulignons à nouveau : 1° la *durée prolongée*, exceptionnelle même, des troubles de Cystite, qui remontaient, en somme, à 28 ans ; 2° leur *persistance* quasi continuelle, au moins les quinze dernières années, où les crises de vessie étaient subintrantes ; 3° le caractère à la fois *rebelle* et *récidivant* de cet état de cystite, qui avait *résisté à tous les traitements locaux* par lavages de vessie et généraux ; 4° l'existence, en dehors des crises de cystite, de cette *douleur suspubienne* sur laquelle nous avons insisté lors de la symptomatologie ; 5° l'*atteinte de l'état général* qui était résultée de cet état douloureux vésical continu ; 6° la *contradiction* entre l'état de cystite et, d'autre part la stérilité et la clarté des urines, qui a permis de poser par les seuls signes cliniques le diagnostic de « présomption de l'existence d'une Maladie Néoforme (cystite à urines claires, d'origine « mécanique » ; 7° la confirmation de ce diagnostic par l'*emploi systématique et indispensable*, en pareil cas, de l'*Urétrocystoscopie*, la simple cystoscopie étant insuffisante et pouvant conduire à de graves erreurs ; 8° l'intensité et la *diversité des lésions endoscopiques*, à la fois polypeuses, œdémateuses et angiomateuses ; et, enfin, 9° l'effet thérapeutique si efficace réalisé par la destruction endoscopique des néoformations au moyen d'un *Etincelage de haute fréquence*, suivi d'un *Curetage électrique* de tout le Col — guérison qui, sans exagération, a métamorphosé la vie de cette

femme, lui rendant une toute autre activité, et la débarrassant d'accidents qui, pendant toute son existence antérieure, l'avait littéralement « empoisonnée ».

OBS. II. — *Forme encore douloureuse, pollakiurique, à urines claires, s'étant compliquée post-opératoirement de crises de Cystite par syndrome Entérorénal.*

Mme A..., 24 ans, vient consulter, le 22 février 1929, pour deux phénomènes : 1° des maux de reins qui, mal caractérisés, dateraient de son enfance, accompagnés de constipation habituelle, et surtout, 2° pour un état de *Cystite*, qui dure presque sans interruption depuis trois ans.

La douleur et la fréquence des mictions rendent vraiment la vie presque impossible pour cette jeune femme, qui reste quelquefois même pas une demi-heure sans uriner; il y a parfois même une sorte d'incontinence; d'autre part, chaque miction réveille une réelle souffrance. A vrai dire, cet état n'est pas absolument continu; il présente (comme c'est d'ordinaire) des périodes de rémission, mais qui ne dépassent pas en général une semaine, et ainsi s'établit un tableau très caractéristique : brusquement cette patiente restera quatre, cinq jours, en étant obligé d'uriner toutes les heures et même de façon plus rapprochée; d'autres fois la durée de la crise se réduira à une nuit... En tout cas, le résultat de la persistance de ces crises vésicales, avec la menace toujours suspendue sur sa tête qu'une de ces crises l'empêchera de participer à un plaisir ou la gênera dans son activité (car elle est dactylographe), l'a mise peu à peu dans un état d'énervement et de dépression qui font que, suivant sa propre expression, « sa vie est empoisonnée ».

Elle apporte un examen d'urines pratiqué quatre mois auparavant, le 14 novembre 1928, analyse faite sur un prélèvement aseptique et qui montre la présence de pus et des traces d'albumine, sans présence de microbes. Un nouveau prélèvement aseptique est fait immédiatement, et donne le résultat suivant : « sur lame, quelques très rares leucocytes

« dans le rapport du sang, avec naturellement quelques hé-
« maties; mais pas de microbes sur frottis; — en revanche,
« sur culture, apparaissent quelques très rares colonies de
« bacilles Gram négatifs, qui se montrent des colibacilles ».
La palpation des reins, faite à ce moment, ne montre rien
d'anormal, ni à droite, ni à gauche. En revanche, le ventre
est assez douloureux sur la majeure partie du trajet du gros
intestin; et à droite se trouve la cicatrice d'une Appendicite
opérée à chaud au milieu de la nuit il y a quatre ans par
notre collègue Marcille, qui a été obligé même de faire une
contre incision en arrière, — ce qui incite à penser qu'il y
avait un gros abcès appendiculaire qu'il a fallu ainsi drain-
ner. Si les urines sont claires maintenant, la patiente insiste
beaucoup sur ce qu'à de nombreuses reprises elle a constaté
qu'elles étaient troubles et avec une odeur fétide : on en peut
donc conclure, vu les troubles intestinaux et l'appendicite
opérée, qu'il s'agit là d'un retentissement sur l'appareil uri-
naire d'une toxi-infection à point de départ dans l'intestin;
en somme, c'est une « entérorénale », mais qui se présente
maintenant avec des phénomènes infectieux urinaires sinon
disparus, tout au moins extrêmement atténués; et cette con-
statation fait de suite présumer à M. Heitz-Boyer que, comme
cause de ces troubles de cystite durant depuis trois ans de
façon intermittente, avec récédive, et rebelle à plusieurs
traitements qu'on lui avait faits, on doit probablement pen-
ser à l'existence de NÉOFORMATIONS INFLAMMATOIRES DU COL
VÉSICAL, elles-même en rapport avec l'irritation prolongée
qu'ont causée sur le col ces poussées microbiennes succes-
sives venues régulièrement de son intestin durant ces quatre
années.

Une **Urétrocystoscopie** est réclamée et pratiquée le 7 mars
1929; elle montre l'existence de trois formations *Polypeuses*
très nettes, toutes les trois pédiculées, mais toutes les trois
à base d'implantation non sur la marge du col, mais dans
l'Urètre adjacent : deux d'entre elles se trouvent dans la
zone supérieure du col, à 1 heure et à 2 heures, et ont
la forme d'une lingulia assez volumineuse et régulière, bom-
bant nettement dans la cavité vésicale; la troisième se trouve
juste au bord opposé, dans la région droite et inférieure du
col, à 8 heures, et elle présente absolument l'aspect d'un
bouton de chemise, avec une extrémité libre élargie, arron-
die, qui bombe encore plus nettement dans la cavité vés-
cale que les deux autres. A côté de ces trois lésions impor-
tantes et qui font des saillies très nettes, on constate en-
core : a) sur la marge même du col, à côté du polype pédi-

culé en bouton de chemise, des saillies angulaires « en dents de scie » au nombre de trois, à pointes effilées, relativement peu saillantes et d'aspect blanc-jaunâtre (lésion sans doute d'*œdème dur*); b) et immédiatement adjacente, dans toute la région urétrale voisine, une zone extrêmement vascularisée, à aspect *pseudo-angiomateux*, qui occupe la presque totalité de ce secteur latéral droit de la région cervico-urétrale.

Le diagnostic de MALADIE NÉOFORMANTE DU COL VÉSICAL étant ainsi posé de façon indiscutable grâce à l'Urétrocystoscopie, l'intervention par les voies naturelles est décidée et effectuée le 4 mai 1929. La technique suivie est celle adoptée par Heitz-Bayer, c'est-à-dire *Étincelage* avec des étincelles de tension, en recourant pour la destruction des quelques saillies caractérisées à des Étincelles tièdes (plot numéro 3 de l'appareil Heitz-Boyer-Baudoin), et pour la partie angiomateuse droite de la région urétrale, à quelques étincelles plus chaudes et, en terminant, par un « Curetage électrique » de toute la moitié droite du col avec des étincelles froides.

Suites opératoires très simples. Huit jours de sonde. La sonde enlevée, la patiente, au lieu d'être soulagée, se plaint d'avoir l'urètre très irrité, et l'on constate alors que les urines qu'elle émet sont troubles et très odorantes : un examen histo-bactériologique pratiqué sur cette urine prélevée aseptiquement montre « l'existence de leucocytes très nombreux avec de nombreux colibacilles dont la caractérisation est confirmée par les cultures ». Un pareil fait s'explique très simplement par l'apparition chez cette opérée d'une poussée de Syndrome Entérorénal survenu les jours suivants de l'intervention, et qui, elle-même, s'explique du fait de l'emploi d'opiacées à l'occasion de l'acte opératoire fait sous anesthésie épidurale mais précédée d'une piqûre de Sédol, et suivie d'un lavement laudanisé, qui avaient provoqué une constipation de cinq jours. Par ailleurs, cette patiente n'avait pas suivi alors le régime très strict, seul susceptible d'empêcher le retour de putréfactions, accompagnant depuis longtemps chez elle une stagnation intense des matières fécales, et qui depuis longtemps aussi déclenchait ces crises de Syndrome Entérorénal.

Devant cette constatation, on met en jeu une thérapeutique très énergique du processus exentéral, et la série de lavages vésicaux post-opératoires toujours nécessaires remet les choses en état, si bien que le lundi 1^{er} juillet on constate un résultat parfait du côté vésical : *pour la première fois de-*

puis des années, cette jeune femme est restée un mois entier en présentant une fréquence absolument normale : trois à quatre fois le jour seulement, pas du tout la nuit, et les mictions se font sans la moindre douleur. Confirmant ces signes fonctionnels, les urines prélevées aseptiquement sont absolument claires, et un examen histo-bactériologique ne montre ni pus, ni microbes. A noter également que déjà son état général se trouve très amélioré; et, chose curieuse, ses « maux de reins », dont elle se plaignait depuis si longtemps, ont immédiatement beaucoup diminué.

Cette période de bien-être continue pendant près de huit mois, lorsque, le 27 mars 1930, elle vient trouver à nouveau le docteur HEITZ-BOYER, parce que depuis quatre jours les troubles vésicaux avaient un peu reparu, et que les urines étaient redevenues nettement troubles, mais cette fois sans odeur. Un examen histo-bactériologique montre « la présence de leucocytes extrêmement nombreux très altérés, et d'extrêmement nombreux colibacilles. La patiente affirme qu'elle n'a pas fait d'écarts de régime, et à première vue on ne voit pas la raison de cette nouvelle poussée de syndrome entérorénal, qui d'ailleurs se prolongera pendant plusieurs mois; car le 1^{er} juillet 1930 un nouvel examen d'urines montre encore « de nombreux colibacilles, mais avec des leucocytes beaucoup moins abondants ». En revanche, le 17 octobre 1930, de nouveau « de très nombreux leucocytes et de nombreux microbes, mais qui cette fois présentent « l'aspect du Staphylocoque ». On institue alors une nouvelle série de lavages vésicaux, à partir du 17 octobre, les 20, 24, 27, 31 octobre, puis le 3 novembre où, chose tout à fait intéressante, un nouveau prélèvement aseptique des urines y montrera « la présence de nombreux leucocytes assez altérés », avec cette fois la réapparition « d'une double flore microbienne d'origine intestinale, représentée par une proportion égale de très nombreux Colibacilles et de très nombreux Entérocoques ». On décide alors de pousser plus loin l'examen intestinal, et une analyse des matières fécales montre, avec une absence de fermentation et de putréfaction, *la présence d'une inflammation intestinale très nette*, avec même présence de *leucocytes* et d'*hématies*. Cette constatation entraîne à rendre encore beaucoup plus rigoureuse la thérapeutique de l'intestin, qui est alors méticuleusement suivie par la patiente; le résultat est que, vers la fin de l'année, les urines redeviennent normales, en même temps que les troubles d'irritation vésicale (qui d'ailleurs n'avaient plus du tout le

même caractère qu'avant l'intervention) ont complètement disparu, — et cela de façon définitive désormais.

En effet, depuis cette époque, *cette jeune femme a été débarrassée totalement de ses troubles de cystite* qui, auparavant, nous le rappelons, *n'avaient pas cessé pendant près de quatre années*. Revue régulièrement, cette jeune femme, qui a compris tout l'intérêt de soigner son intestin, n'a plus présenté de troubles; mais, il faut bien y insister, c'est qu'elle a toujours pris un grand soin de suivre son régime, ne commettant guère d'incartades.

En résumé, observation très instructive, montrant l'apparition de la Maladie Néoforme du col chez une intestinale invétérée, avec constipation datant de l'enfance, avec des accidents d'appendicite grave, et chez laquelle les urines, à peu près claires lorsqu'elle était venue trouver l'urologue, avaient incité à faire le diagnostic de Néoformations inflammatoires, dans une période intercalaire où le processus entérorenal était absent.

Et, combien instructif est dans l'évolution post-opératoire le fait de ces deux poussées nouvelles de Syndrome Entérorenal, qui, pour un urologue et tout médecin non prévenus, auraient conduit à conclure « que l'opération était un succès », tandis qu'il s'agissait tout simplement d'une poussée banale de cystite aiguë par élimination microbienne, poussée signée bactériologiquement par la présence à plusieurs reprises de microbes intestinaux (Colibacilles et une fois seulement Entérocoques), sur laquelle s'est greffée la présence de Staphylocoques : il a suffi de convaincre la patiente, très intelligente, du mécanisme en jeu, pour que, suivant strictement les prescriptions diététiques et médicamenteuses, surveillant étroitement la bonne évacuation de son tube intestinal, elle ait fait disparaître ces accidents surajoutés. Il était utile d'insister sur cet incident post-opératoire, car il met bien en lumière la nécessité sur laquelle

insiste HEITZ-BOYER chez ces malades de compléter l'acte chirurgical de destruction des néoformations cervico-vésicales par un traitement médical de leur cause première, c'est-à-dire, dans l'immense majorité des cas, l'existence d'un *processus Entérorénal*.

OBS. III. — *Forme semblable à la précédente, avec essai de traitement médical poursuivi sans succès pendant 3 ans.*

Mlle de B..., 29 ans, vient consulter le 8 février 1926 pour des troubles vésicaux intenses; douleurs à la miction, fréquence très rapprochée, urines troubles, que d'emblée on peut mettre en rapport avec des troubles intestinaux anciens (une première entérite très violente à l'âge de 18 mois, avec entérite chronique pendant six ou sept ans; une appendicite chronique a été opérée par Ricard en 1917). Depuis deux ans, la constipation est apparue, très intense, et il y a quelques mois s'installe une irritation vésicale, sans mictions la nuit, mais avec des mictions toutes les deux heures le jour. L'examen de l'urine a montré du « pus avec quelques Entérocoques et Staphylocoques, mais pas de colibacilles ». Un nouvel examen pratiqué le 8 février 1926 montre « quelques leucocytes encore, mais pas de microbes »: les urines, au prélèvement aseptique, avaient paru claires. Les deux reins ne sont pas douloureux, mais le rein droit semble un peu descendu.

En somme, il s'agit d'une crise de *Cystite prolongée* en rapport avec un *Syndrome Entéro-rénal*. On conseille à la malade de soigner avant tout l'intestin; on ne préconise même pas de lavages de vessie, comptant sur l'amélioration intestinale pour amener la disparition des troubles vésicaux. Tout de même, du fait de la persistance de l'irritation vésicale alors que les urines sont devenues à peu près normales, on met en garde la patiente contre la possibilité de petites végétations inflammatoires au niveau du col, et on conseille de pratiquer un examen Urétrocystoscopique, qui est refusé.

Trois ans se passent avant que M. HEITZ-BOYER revoie la patiente, qui retourne le trouver en mars 1929. Elle revient

à cause de son état douloureux Vésical, *qui au fond a duré presque sans interruption depuis sa première visite en 1926.* Pendant toute cette période, on a traité vigoureusement son état colibacillaire (qui avait causé par ailleurs une série de poussées fébriles) par une série de vaccins faits par Mauté, traitement pratiqué sous forme d'une série d'injections sous-cutanées pendant deux mois. Les accès de fièvre sont supprimés ainsi que la douleur intestinale, mais les troubles vésicaux persistent. En février 1928, le docteur Mauté est consulté à nouveau, car elle conserve, avec une très grande fatigue, des troubles vésicaux intenses. Mauté ne trouve plus de colibacilles, mais à cause de ces troubles vésicaux l'envoie à un urologiste pour pratiquer un examen endoscopique: celui-ci recourt à *une cystoscopie, ne trouve pas d'explication aux troubles de cystite*, et il se contente de faire deux lavages au nitrate d'argent, en conseillant une cure thermale. A noter qu'au cours de celle-ci se produit une crise. Tous ces traitements n'ont pu amener ni la cessation, ni même la sédation prononcée des troubles de *Cystite*, qui présentent par conséquent bien un caractère *rebel* et *récidivant*; et c'est à cause de cette persistance qu'elle revient trouver le 8 mars 1929 le docteur HEITZ-BOYER, avec une analyse d'urines du 21 janvier précédent qui montre « d'assez nombreux leucocytes, avec une absence de microbes sur lame, tandis qu'à la culture se montrent quelques Entérocoques et Staphylocoques. »

Devant cette histoire, le diagnostic de NÉOFORMATION INFLAMMATOIRE DU COL VÉSICAL s'affirme nettement. Il trouve d'ailleurs sa confirmation dans un nouveau prélèvement aseptique d'urine du 8 mars 1929 qui montre encore « des leucocytes assez nombreux, mais pas de microbes cette fois ni sur lame ni en culture »: c'est donc une Cystite aseptique. Une **Urétrocystoscopie** est décidée et pratiquée le 18 avril. Elle montre des lésions nombreuses et accentuées, qui consistent: a) à droite, à 11 heures, en une saillie Polypeuse « en pis de vache »; avec au-dessous d'elle une saillie sessile, d'aspect également *polypeux* et qui surmonte à son tour deux *polypes* plus effilés, à 7 heures environ; la partie inférieure du col semble à peu près normale. b) En revanche, sur la face latérale gauche existe une grosse saillie rosée, d'aspect également polypeux, à large implantation, et qui proémine fortement dans la vessie, occupant comme secteur de 2 heures à 4 heures.

Un Etincelage à la haute fréquence est pratiqué le

25 avril 1929. Sonde à demeure, qui est d'ailleurs chassée trois jours après, mais remise aussitôt. La sonde est retirée le 6 mai, et la malade quitte la maison de santé le 9. Série de lavages après la sortie de la maison de santé le 10 et le 13 mai, lavages au nitrate à 1 pour 1.000, qui complètent comme d'ordinaire l'action de la destruction endoscopique. Elle a été revue successivement le vendredi 28 juin, deux mois après l'opération de l'étincelage, *absolument transformée et ne présentant plus aucun trouble de vessie*, s'étant reposée en Suisse. Mais de retour à Paris, après une absorption de boissons alcooliques (cocktails, Porto, etc...), l'intestin est moins bien, mais sans qu'il y ait un retentissement vésical.

On revoit encore la patiente le 11 octobre, et la même évolution s'est produite: pendant une saison à Divonne, aucun trouble vésical et aucun trouble intestinal, mais de retour à Paris des écarts de régime déterminent une très légère irritation vésicale, qui cesse d'ailleurs aussitôt que le régime est repris. Les nouvelles reçues de la patiente, — il est vrai de façon indirecte, — permettent de penser que son état vésical est resté normal depuis l'intervention endoscopique.

Cette observation est démonstrative du caractère *récidivant et rebelle* que présentent, chez une entérorénale de longue date, des troubles vésicaux qui, une fois installés et résultant d'une irritation toxico-infectieuse répétée, restent permanents, tandis que des poussées de microbes « colibacillose » demeurent intermittentes. Cette observation montre que HERTZ-BOYER avait eu raison de présumer, en 1926 déjà, une maladie néoformante du col chez cette patiente, et qu'il était bien justifié alors de lui proposer une Urétrocystoscopie. Et, en effet, la patiente, qui avait repoussé à ce moment-là cette exploration, a dû, trois ans plus tard, revenir pour la subir, du fait de la persistance et de la permanence de son état de cystite, malgré le traitement médical mis en œuvre pendant ces trois ans. A noter que dans cet intervalle une *cystoscopie* avait été pratiquée, et, comme il était naturel, elle *n'avait montré aucune lésion*, ce qui avait

fait dire au collègue urologiste que « cette malade devait s'écouter » et elle lui était apparue être à ses yeux une « malade imaginaire ». Enfin, l'histoire post-opératoire montre que chez une patiente peu raisonnable, la guérison chirurgicale n'a pas pu empêcher, chaque fois que l'état de l'intestin a été à nouveau troublé par des écarts notables de régime, qu'une nouvelle poussée de cystite ne se produise ; mais alors, celle-ci a été éphémère et a cédé d'elle-même du fait de la reprise d'un régime alimentaire raisonnable : la cause mécanique ayant été supprimée par l'opération endoscopique, les troubles vésicaux n'ont plus été que passagers.

OBS. IV (in *Thèse* R. Sandoval et Loup).

Forme très douloureuse, avec urines troubles et un essai de traitement médical très douloureux, non supporté, — et apparition de crises de cystites post-opératoires par poussées de Syndrome Entérorénal.

Mme C... vient, le 29 juin 1925, consulter pour des crises de cystite datant de six mois environ, récidivantes et extrêmement douloureuses, qui l'ont fait souffrir au point qu'elle veut à tout prix en éviter le retour.

Dans le passé de cette jeune femme de vingt-quatre ans, on trouve, sept ans auparavant, à dix-sept ans, une première poussée de *Cystite*, pas très aiguë, mais *ayant duré trois mois* avec des interruptions; jamais d'hématuries. Elle subit à cette époque une série de lavages, et tout rentre dans l'ordre.

Pendant les six années suivantes, plus aucun incident urinaire, lorsqu'en février 1925, éclate à nouveau une Cystite, qui, en quelques jours, devient très violente: un collègue consulté fait un prélèvement, trouve du colibacille et prescrit des lavages; mais ces lavages atrocement douloureux, exagérant la souffrance, provoquant l'hématurie, sont aban-

donnés par la malade. Elle continue à souffrir très violemment et ne peut résister que grâce à des suppositoires calmants, bi- et triquotidiens. A la longue, cependant, la souffrance se calme, la crise diminue progressivement: mais il reste une *gêne continue au col vésical*, qui énerve et agace la malade, et la déprime profondément. Enfin, au milieu de juin, une nouvelle crise aiguë venant se surajouter, décide la patiente à venir consulter le docteur HEITZ-BOYER.

Celui-ci trouve des urines *très troubles et très fétides*. Il ne constate aucune augmentation de volume ni aucune douleur des reins, mais en palpant l'abdomen à gauche, il trouve une zone para-ombilicale très douloureuse, longue de trois travers de doigt, large de deux qui est le côlon, sa palpation prolongée provoque l'évacuation de gaz.

Cette dernière constatation, la nation de Colibacilles antérieurement trouvés, l'existence d'une constipation opiniâtre incitent HEITZ-BOYER à penser à l'existence d'un Syndrome Entéro-rénal ayant déterminé ces deux crises de cystite, la dernière prolongée; en même temps que leur caractère rebelle et récidivant faisait soupçonner l'éventualité de NÉO-FORMATIONS INFLAMMATOIRES DU COL VÉSICAL, consécutives à ce syndrome entéro-rénal méconnu et ancien.

Pour s'en assurer, une **Urétrocystoscopie** est pratiquée le 2 juillet 1925, complétée par un cathétérisme urétéral double.

a) L'urétrocystoscopie confirme l'existence de deux formations *Polypeuses* juxta-cervicales droites, avec une réaction inflammatoire de la partie sus-cervicale du trigone.

b) Le cathétérisme montre l'absence de toute dilatation, rétention ou infection des reins — même par culture. En revanche, dans la vessie se trouvent du pus et de très nombreux colibacilles.

L'opération urétrocystoscopique est pratiquée en présence du docteur Abrami le 12 juillet, avec l'*Étincelage* demi-chaud et froid (plots 3 et 4): destruction des deux polypes, complétée par un *curettage général du col* avec des étincelles froides en courant faible. Curettage aussi du trigone. Sonde à demeure. Pas de douleurs, les suites opératoires sont très simples. A noter seulement que les urines restent sanglantes assez longtemps, et que le sang persistera même après l'ablation de la sonde qui a lieu le 20 juillet: il existait en effet à l'urétrocystoscope, une congestion très intense de toute la région cervicale et du trigone.

Deux nouveaux prélèvements faits les 23 et 28 juillet montrent la disparition des colibacilles, due sans doute au régime très sévère institué pendant tout le séjour à la clinique, et à la régularisation des selles. Le col reste encore sensible pendant plusieurs semaines, mais il n'y a plus du tout de cystite, et la patiente est véritablement transformée au point de vue local comme général; c'est ce que peut constater le docteur HEITZ-BOYER le 16 octobre. Néanmoins, la présence ce jour-là à un prélèvement, de très nombreux colibacilles sans pus, cette existence d'une colibacillurie lui prouve que l'état intestinal est encore défectueux; et, en effet, le régime intestinal n'a plus été suivi, et d'autre part la caractérisation du tube digestif n'a pas été faite. Il insiste beaucoup auprès de la patiente sur la nécessité de faire l'un et l'autre: sans cela, elle sera toujours sous la menace de nouvelles crises de cystite, tant qu'elle conservera son syndrome entéro-rénal à forme intermittente, mais tenace. En effet, quinze jours plus tard, se produit une soi-disant grippe, en réalité infection intestinale, avec réaction vésicale suraiguë et présence dans le prélèvement de l'urine (redevue très fétide) d'Entérocoques, cette fois; il y a donc un *retentissement urinaire d'une nouvelle poussée d'infection intestinale*. Cette fois la patiente se décide à aller consulter l'entérologue, qui trouve une typhlo-colite légère avec fermentations et gaz abondants; pas de spasme, pas de retard du transit: Cæcum volumineux, et ptose du transverse à droite. Le diagnostic de syndrome entéro-rénal est confirmé par cet état intestinal.

Le 30 décembre 1925, à la suite d'un écart de régime, nouvelle poussée d'infection urinaire, avec urines très troubles et très fétides, et crise de Cystite forte, mais *beaucoup moins douloureuse* que celles d'avant l'opération. Le prélèvement d'urine montre « de très nombreux leucocytes et colibacilles ». La patiente a donc fait une nouvelle poussée de syndrome entéro-rénal. Quelques lavages font tout rentrer dans l'ordre; le 15 janvier plus de douleurs, plus d'odeur dans les urines qui sont absolument claires sans pus et sans microbes. Etat excellent pendant quinze jours. Puis, à la suite d'un essai de culture physique trop violent, avec deux séances de massage brutal du ventre, petite poussée de Cystite se traduisant le 16 février, par « d'assez nombreux leucocytes peu altérés avec nombreux colibacilles »; mais c'est là encore un simple feu de paille, car le 19 février, à un second lavage, les urines sont redevenues claires: il n'y a plus que quelques leucocytes et les colibacilles ont disparu, même à la culture.

Depuis, la patiente continue à suivre très scrupuleusement son traitement intestinal et la constipation a complètement disparu. L'état général et local s'est maintenu parfait: moins d'un an après l'intervention endoscopique, après les vacances de Pâques, en revenant d'Arcachon en automobile, cette jeune femme a la joie, elle qui avait dû cesser tout déplacement avec ce mode de locomotion, de pouvoir faire le voyage d'une seule traite, sans la moindre douleur, ni même irritation du côté urinaire.

Revue six mois plus tard, la guérison complète se maintenait avec transformation de l'état général. Et depuis 10 ans, la santé est restée bonne, permettant de supporter la vie de surmenage et si fatigante de grande vedette du cinéma.

Cette observation est particulièrement typique et HEITZBOYER en a observé de très nombreux cas. Nous-même, dans son service, en avons vu un très grand nombre dont les observations pourraient être calquées sur celle-là.

OBS. V (in *Thèse* R. Sandoval et Loup).

Forme **Hématurique.**

Ce cas est particulier et d'ailleurs rare, du fait que les troubles principaux furent des *Hématuries*, sans qu'existent de grands troubles de Cystite.

Le 16 juillet 1925, le docteur HEITZ-BOYER est appelé par le docteur ROSTAINE auprès d'une de ses clientes qui vient d'avoir, à trois semaines d'intervalle, deux hématuries très abondantes.

La première a eu lieu le 25 juin, pendant la nuit, précédée de mictions fréquentes et douloureuses; l'hématurie dure quarante-huit heures, l'urine redevient ensuite claire. La deuxième hématurie s'est produite le 14 juillet, absolument comme la première.

Le laboratoire a révélé la présence de leucocytes nombreux

avec quelques hématies, et celle de nombreux colibacilles avec quelques staphylocoques. Cet examen est confirmé par une prise aseptique faite dans la vessie le 16 juillet, mais on ne trouve que du colibacille. L'état intestinal est absolument déplorable: il existe une constipation opiniâtre depuis toujours, et la malade a toujours aimé la bonne chère.

Le diagnostic de syndrome entéro-rénal est posé: à forme hématurique, d'origine peut-être rénale, mais avec présomption de l'existence de lésions nécroformantes du col qui peuvent être aussi la cause de l'hématurie.

Une **Urétrocystoscopie** est pratiquée en présence du docteur Rostaine le 23 juillet 1925 et confirme cette dernière hypothèse émise. En haut et à droite, à 10 heures et 11 heures, fait saillie un ensemble de trois *Polypes*: un premier non pédiculé, arrondi, déforme le col, et de sa convexité se détachent deux longs polypes linguiformes, pendant dans la cavité cervico-vésicale: l'un d'eux est très rouge, fortement vascularisé et doit être le point de départ de l'hématurie. Au pôle juste opposé du col vésical, à 5 heures, quatre polypes linguiformes beaucoup plus petits partent de la région urétrale juxta-cervicale. Formation angiomateuse à la partie postérieure du col, vers 6 heures.

La patiente *ne présentant pas de phénomène douloureux*, l'hématurie étant intermittente et les vacances proches, on diffère l'intervention, mais on recommande un régime intestinal. Les vacances se passent à peu près bien, avec une petite hématurie qui décide la malade à consulter l'entérologue. Celui-ci trouve des lésions très nettes: ptose de l'estomac, du cœcum et du côlon droit; bonne évacuation du grêle, mais stase très forte du cœcum. Putréfactions intenses. Pas d'insuffisance sécrétoire.

Six mois se passent ainsi, mais une nouvelle hématurie abondante se produisant au début de 1926, la malade se décide à l'intervention.

Opération urétrocystoscopique le 7 février 1926, en présence du docteur Rostaine. Protoxyde d'azote. Etincelles demi-chaudes et froides. Il est inutile de pratiquer un curetage du col vésical qui, en dehors de ces lésions bien limitées, est sain. Sonde à demeure jusqu'au 23 février. Il y a eu du sang dans les urines pendant onze jours. La patiente quitte la maison de santé le 2 mars en bon état.

Le 15 mars, la vessie est encore un peu sensible à la fin

de la miction. Les urines sont beaucoup plus claires, et un prélèvement aseptique montre « quelques leucocytes seulement sans microbes ».

Au point de vue intestinal, grande amélioration: beaucoup moins de gaz, ventre beaucoup moins ballonné, mais elle a toujours besoin de laxatif. L'état général est déjà très modifié.

En juin, aucune hématurie ne s'est produite, les mictions sont normales, les urines claires et sans microbes. L'état général après six mois de régime n'est plus reconnaissable.

Le succès obtenu par le traitement chirurgical uréthro-cystoscopique associé à un traitement médical complémentaire contre l'état intestinal causal est donc complet, et il se maintenait 8 ans après l'intervention endoscopique.

OBS. VI. — *Forme douloureuse très infectée, avec des phénomènes de **Rétention Vésicale** grave, ayant déterminé un « forçement » des voies urinaires supérieures (double hydro-pyonephrose, avec lithiase secondaire d'un côté).*

Mme C..., âgée de 33 ans, vient consulter le D^r HERTZ-BOYER le 26 octobre 1934 pour des troubles urinaires graves et complexes, dominés par trois ordres d'accidents : 1° et avant tout, troubles de *Cystite* ancienne datant de cinq ans, cystite persistante et rebelle ; 2° des phénomènes intenses de *Purulence des urines*, en rapport avec un Syndrome Entérorénal, et accompagnant des émissions de concrétions Calculieuses, purulence que des cathétérismes urétéraux ont située dans les deux reins dilatés ; 3° des phénomènes de *Rétention vésicale*, atteignant quatre à cinq cents grammes.

Cette histoire urinaire complexe a débuté en novembre 1929 par une très violente crise Vésicale, accompagnée de

douleurs rénales : les mictions sont atrocement douloureuses et très fréquentes, les urines sont très purulentes, il y a une forte fièvre concomittente : un calcul s'évacue quelque temps après. Alors que les douleurs rénales ont été très éphémères (et sans se trouver localisées spécialement à un rein), les phénomènes de Cystite continuent, aigüs, pendant trois semaines, avec mictions douloureuses, par intervalles de quelques jours : les urines demeurent très troubles et très malodorantes. L'état vésical s'atténue ensuite, mais persiste, pour s'installer dès lors de façon définitive, avec des alternatives de mieux ou de moins bien. Un spécialiste n'est pas consulté encore. Vers janvier 1930, il se fait une émission abondante de véritables « paillettes calculeuses » ressemblant à des incrustations de nacre.

Vu la persistance de l'état de cystite, la patiente consulte, à un voyage à Paris, en avril 1930, le D^r Henri Marion, qui, pratiquant une cystoscopie, constate une cystite incrustée et propose un cathétérisme urétéral que la patiente diffère.

En 1931, les crises douloureuses de cystite s'accroissent davantage, et un médecin de Casablanca commence une série de lavages vésicaux au nitrate d'argent, qui ramènent beaucoup de « petits calculs plats de revêtement ». On suspend les lavages pendant un mois. En août 1931, survient sur cette cystite chronique une nouvelle crise aigüe atrocement douloureuse, avec forte fièvre ; et on est alors surpris de constater au cours d'une miction l'évacuation d'une huile goménolée injectée trois semaines auparavant, lors d'un lavage de vessie... Les lavages vésicaux au nitrate sont repris en octobre 1931 et continués régulièrement à 1 pour 1.000; puis, du fait d'une aggravation des phénomènes de cystite, ils sont élevés au titre de 1 pour 500, sur les conseils donnés par lettre du D^r Henri Marion, qui envisage l'éventualité d'un grattage de vessie...

Malgré ce traitement régulier, les crises douloureuses se rapprochent, s'accompagnant de fièvre tous les soirs ; l'état général devient mauvais, avec amaigrissement.

En mai 1932, la patiente est vue à Casablanca par le D^r Lépinay, urologue très expérimenté, qui pratique une nouvelle cystoscopie montrant une vessie très enflammée avec trois calculs ; il fait cesser les lavages au nitrate et envoie la patiente à Capvern. Cette cure thermique fait évacuer beaucoup de boue et trois calculs ; mais la cystite persiste, quoique moins douloureuse ; une analyse histo-bactériologique montre, « avec du pus abondant, de très nombreux Colibacilles ».

Passant par Saint-Etienne en octobre de la même année, la malade est prise d'une violente crise d'Entérite qui exacerbe la cystite, et qui lui fait consulter le D^r Fontanille, spécialiste également très expérimenté ; il fait faire des radiographies, montrant un rein droit normal et un rein gauche suspect de lithiasé ; puis il pratique une Cystoscopie, qui lui montre deux petits calculs dont l'un mobile a été chassé après l'exploration, et l'autre fixe ne serait qu'une incrustation dans la paroi ; en revanche, il note l'absence de cystite et constate que l'orifice urétéral gauche est tuméfié. Il envisage l'éventualité d'un cathétérisme urétéral de ce côté avec pyélographie.

D'août 1932 à avril 1933, aucun traitement local du fait que la patiente vit dans le Bled ; et, en avril, survient une hématurie qui ramène la patiente à Rabat, où on pratique une Cystoscopie qui ne montre plus rien d'anormal dans la vessie, sauf deux orifices urétéraux ouverts et enflammés ; un examen fonctionnel complet pratiqué à ce moment montre un chiffre d'urée dans le sang de 0,34, et une constante de 0,116.

La patiente, partant en France en juin 1933, retourne voir à Saint-Etienne le D^r Fontanille, qui pratique cette fois une exploration totale des voies urinaires, cystoscopie et cathétérisme urétéral : elle montre chez la patiente « du pus en rétention dans les deux reins », et surtout, chose capitale, elle révèle l'existence d'une *Rétention vésicale* de 350 à 400 cc., ce qui fait mettre une sonde à demeure pour bien évacuer la vessie ; mais, quarante-huit après l'ablation de cette sonde, la rétention reparait aussi forte. La malade va alors consulter le professeur Rafin, à Lyon, qui pratique trois lavages des bassinets, et également une dilatation au doigt très poussée de l'urètre sous anesthésie, laissant ensuite une sonde vésicale à demeure : le résultat est excellent, le résidu disparaît, la cystite cesse, les mictions s'espacant à 6 et 7 heures d'intervalle et étant plus abondantes, les urines redeviennent presque claires. Une telle amélioration semble persister jusqu'aux environs de décembre 1933, la malade semblant avoir recouvré un état presque normal, en tout cas très différent de celui qui existait chez elle depuis presque quatre ans.

La patiente retournée au Maroc voit, au début de 1934, ses urines redevenir troubles. En avril 1934, se trouvant à Oran, une nouvelle exploration instrumentale est pratiquée chez elle : le sondage du rein droit est facile, mais il est impossible de remonter dans l'uretère gauche ; enfin une Urétrocystoscopie est pratiquée qui montre un col très enflammé ;

comme thérapeutique, on conseille des *lavages vésicaux quotidiens*, avec cocaïne et bleu de métylène, ce que la patiente fait elle-même, mais ce qui n'empêche pas la rétention vésicale d'augmenter progressivement.

C'est dans cet état que, revenue en France, elle revoit en septembre et octobre le docteur Fontanille, qui pratique un nouveau cathétérisme urétéral double, avec pyélographie révélant des reins très dilatés, déformés, ainsi que les urétéres. Il laisse un drainage dans les bassinets pendant 48 heures, mais l'action sur les urines est presque nulle, car celles-ci restent très purulentes, et la rétention vésicale demeure stationnaire.

C'est dans cet état qu'elle vient, le 26 octobre, consulter le Dr Heitz-Boyer, qui, devant cette longue et complexe histoire de Cystite ancienne et ainsi rebelle à tous les traitements locaux, cystite compliquée d'une double pyonéphrose colibacillaire avec lithiasse secondaire, survenue chez une entéritique habitant au Maroc avec un syndrome entéro-rénal certain, cystite se compliquant d'une Rétention vésicale passée inaperçue jusqu'en juin 1933, mais qui devait exister auparavant du fait de l'incident relaté plus haut de l'huile goménolée gardée pendant trois semaines dans la vessie — devant tout cet ensemble pathologique, M. Heitz-Boyer n'hésite pas à lui imputer comme agent essentiel actuel une **MALADIE NÉOFORMANTE DU COL VÉSICAL** — effet, puis cause de la cystite, cause en tout cas très probable de la rétention vésicale, car il a eu l'occasion d'en observer déjà trois cas. Faisant part de son diagnostic à la patiente en le lui expliquant, et réclamant la nécessité d'une nouvelle urétrocystoscopie, la malade se rappelle alors que, lors de celle qui a été pratiquée à Oran, l'urologue aurait vu un petit polype, mais sans en tirer une sanction thérapeutique. Le simple sondage vésical montre un *Résidu dépassant quatre cents grammes* d'urines infectées, qui, chose un peu paradoxale, ne montrent, malgré la présence de nombreux leucocytes et de quelques rares hématies, que quelques Entérocoques, qu'on retrouve assez rares sur culture, où apparaissent, d'autre part, de très rares Colibacilles.

Une première **Urétrocystoscopie** est pratiquée le 28 octobre, sous anesthésie locale, mais non épidurale (que la patiente redoute); et, malgré une inspection extrêmement minutieuse, prolongée pendant plus de vingt minutes, difficile, il est vrai, à cause des réactions douloureuses de la malade, M. Heitz-Boyer ne peut pas voir de polypés sur le col vésical;

la vessie elle-même ne se montre pas en mauvais état. Très décontenancé devant ce résultat négatif, Heitz-Boyer pense à la possibilité d'une lésion syphilitique; mais la patiente lui apprend que la réaction de Wassermann, pratiquée chez elle, s'est montrée négative.

Il décide alors de pratiquer, trois jours plus tard, une nouvelle Urétrocystoscopie, cette fois sous anesthésie générale par l'évipan; et, si cette nouvelle exploration du col reste encore négative, elle sera suivie d'un cathétérisme urétral double pour caractériser, en tout cas, au maximum possible les lésions rénales. Cette seconde Urétrocystoscopie, pratiquée le 31 octobre 1934, reste négative pendant encore au moins une dizaine de minutes, et Heitz-Boyer retirait l'urétrocystoscope pour prendre un cystoscope à cathétérisme urétral, lorsque, au moment où le premier instrument se dégageait du méat urétral, *il voit apparaître, accompagnant en quelque sorte l'instrument, l'extrémité d'un Polype pédiculé, à bout arrondi, de couleur rouge accentué, dont la consistance est d'une dureté exceptionnelle pour une néoformation inflammatoire.*

Le diagnostic est dès lors posé. Profitant de l'anesthésie générale, on dilate fortement l'urètre, ce qui permet de voir que l'implantation de ce Polype très pédiculé se fait dans la partie relativement haute de l'urètre, sur la partie latérale droite et antérieure: il a l'aspect et la forme d'un Appendice un peu contourné; son implantation d'ailleurs ne se fait pas sur le segment exactement juxta-cervical de l'urètre, mais immédiatement au-dessous. Cette exploration fait encore découvrir un second polype pédiculé sur la paroi latérale gauche, mais celui-ci à pédicule plus court et de consistance moins dure; et elle permet même de reconnaître le début de deux autres polypes sessiles siégeant sur la partie latérale droite.

On détruit sur-le-champ par la Haute Fréquence ces formations polypeuses, dont la plus importante à consistance très ferme, nécessite l'utilisation de courants assez puissants; on détruit également avec soin son pédicule. Le second polype pédiculé et les deux autres sessiles sont bien plus faciles à supprimer. Sonde à demeure maintenue jusqu'au 10 novembre, pendant dix jours durant lesquels les urines s'éclaircissent beaucoup. Le 12 novembre, deux jours après l'ablation de la sonde, le chiffre de rétention vésicale est tombé à 75 c.c., et même il diminue encore les jours suivants à 50 et 30 c.c. La patiente, qui devait rester encore quelque temps pour désinfecter sa vessie et subir un cathétérisme urétral dou-

ble, avec pyélographie en double verticale, est rappelée alors d'urgence au Maroc.

Les nouvelles qu'on en a eues sont favorables, le résidu se maintenant très faible, mais avec des urines restant toujours troubles : aussi bien, Heitz-Boyer exige-t-il que, là-bas, un sondage bilatéral de ses deux reins, avec drainage prolongé, soit fait chaque mois.

Cette observation montre quels dégâts très graves dans les voies urinaires, quels accidents d'obstruction peut entraîner une de ces Néoformations, dans certaines conditions rares, il est vrai. Chez cette patiente, il s'agissait d'un polype très pédiculé, très dur, qui devait former « battant de cloche » dans la cavité urétrale, et irriter fortement le sphincter chez une femme très nerveuse, faisant facilement du spasme et de la contracture. Mais HEITZ-BOYER possède d'autres observations du même genre — notamment chez une femme jeune, institutrice dans le Midi, où le polype, siégeant cette fois sur la marge du col, et même un peu sur son versant vésical, était en forme « d'enclume », de consistance également encore anormalement ferme, et il avait déterminé une série de rétentions vésicales complètes, avec « forçement » déjà important des voies urinaires supérieures, lequel avait entraîné à son tour peut-être l'apparition d'une néphroptose bilatérale ; or, tous les accidents de rétention cessèrent après la destruction de ce polype, laquelle nécessita également des courants assez puissants.

OBS. VII. — *Forme Psychopathique.*

Mlle A..., âgée de 27 ans, vient consulter le 13 février 1931, adressée au Docteur HEITZ-BOYER par un psychiatre, auquel elle avait été elle-même envoyée pour des troubles *Psychiques* survenus à la suite d'ac-

cidents *Urinaires* très intenses et non expliqués. Comme origine de ces troubles, les premiers médecins avaient d'abord pensé à une cause Collibacillaire ; puis, devant la stérilité constante des urines et des Cystoscopies négatives, ils songèrent à une origine syphilitique, mais toutes les réactions restèrent également négatives ; et ils s'étaient rabattus alors sur une origine purement psychique des symptômes graves, locaux et généraux (de dépression), manifestés par la patiente. Or, le psychiatre très averti auquel elle avait été adressée, repoussa, après un examen très minutieux, le diagnostic de psychisme pur ; et, vu l'intensité des troubles urinaires qui étaient à l'origine des accidents nerveux, il l'adresse au Docteur HEITZ-BOYER pour qu'il essaie de caractériser par une nouvelle exploration très précise cet état des voies urinaires, en apparence intactes.

L'interrogatoire montre que les troubles remontent à dix-huit mois ; en septembre 1929, sans raison, s'est installée chez la patiente une *pollakiurie* extrêmement intense : elle urine toujours au moins une ou deux fois la nuit, souvent davantage, et le jour, les mictions se renouvellent toutes les heures, toutes les demi-heures même, moins le matin que l'après-midi et le soir ; ces envies sont *absolument impérieuses*, mais en revanche, *sans la moindre douleur* : la patiente insiste beaucoup sur ce point que c'est seulement l'impériosité des mictions qui trouble sa vie ; mais elle la trouble de façon grave, car, institutrice dans un village du Cher, cette pollakiurie incessante lui rend l'exercice de ses fonctions presque impossible.

L'interrogatoire montre, d'autre part, que cette malade présente un passé (et aussi un présent) intestinal très chargé. Elle a eu, à 7 ou 8 ans, une violente entérite qui l'a forcée à rester au lit pendant presque une année de suite ; elle présentait en permanence de la diarrhée verte avec selles sanglantes. Ces phénomènes intestinaux se calment relativement pendant toute une période, tout en conservant une tendance à rester diarrhéique, cette tendance s'étant, au cours des deux à trois dernières années, accentuée de façon progressive.

En même temps, elle présente des poussées de *Température* sans raison: brusquement au milieu de la nuit, la fièvre apparaît et monte à 40°, avec frissons et sueurs; cette poussée fébrile laisse régulièrement après elle une éruption d'herpès sur les lèvres pendant 15 jours. Les crises auraient été plus fréquentes l'hiver que l'été; elles sont sans influence apparente sur les urines: la dernière crise fébrile a eu lieu il y a deux mois et demi, le 3 décembre 1930.

A signaler encore une Amygdalite chronique, surtout à gauche, qui cause des maux de gorge depuis 15 ans, nécessitant des applications de pointes de feu à plusieurs reprises.

Rien d'hépatique, au moins en apparence.

Devant ces accidents, les médecins consultés (et ils ont été au nombre de trois) avaient pensé d'abord à des troubles de Colibacilloses, mais les urines se sont toujours montrées stériles, sans pus ni microbes, et même une inoculation au cobaye, faite par excès de précaution, s'est montrée négative. D'autre part, deux *Cystoscopies* pratiquées successivement n'ont montré rien d'anormal dans la vessie qui est absolument saine, et l'urologue conclut officiellement à l'origine génitale de ces troubles urinaires « par pression de l'utérus sur la vessie ».

En réalité, nos collègues, un peu découragés par le caractère négatif de leurs investigations, pensent à des troubles d'origine nerveuse, et ils font pratiquer les réactions de Wassermann, Desmoulière et Hecht; devant leur résultat encore négatif, ils s'orientent nettement vers l'idée d'une « malade imaginaire », d'une psychopathe, ce que sent très bien la patiente. Par ailleurs, comme ces troubles urinaires la forcent, par moments, à s'arrêter de faire sa classe, ses supérieurs ont été obligés de lui accorder plusieurs congés; et, maintenant, devant la persistance des accidents, ils parlent de la mettre en disponibilité, — perspective qui effraie cette jeune femme qui voit tout son avenir désormais menacé. Une profonde dépression nerveuse s'ensuit; en même temps, la sensation d'être prise pour une malade imaginaire, alors qu'elle sent que ses troubles sont réels, ulcère cette patiente, l'exaspère, la révolte même; il en résulte un état de psychopathie, qui conduit finalement son médecin à l'adresser à Paris à un psychiatre pour l'isoler. Et c'est celui-ci qui, après un interrogatoire minutieux, l'envoie à M. Heitz-Boyer.

Devant cette histoire pathologique, devant l'intensité et la persistance de ces troubles urinaires qui restent sans explication ni clinique, ni bactériologique, ni endoscopique (tout au moins par la seule Cystoscopie), HEITZ-BOYER présume l'existence d'une MALADIE NÉOFORMANTE DU COL VÉSICAL A URINE CLAIRE, d'une cystite « mécanique », — naturellement ces accidents évoluant probablement sur un terrain névropathique, car cette très gentille jeune femme se manifeste de suite comme ayant des réactions particulièrement vives. Mais cependant, le psychiatre très compétent et très averti ne l'a cru nullement être, et on ne saurait trop y insister, une pure psychopathe, et c'est pourquoi il a refusé de l'isoler; bien au contraire, il l'adressa à M. HEITZ-BOYER pour un complément d'exploration de tout son appareil urinaire, se méfiant d'autant plus de leur intégrité réelle qu'une autre de ses patientes présentant des accidents semblables, s'était trouvée complètement guérie par HEITZ-BOYER à la suite d'une opération pratiquée à la Haute Fréquence sur le Col de la Vessie...

Une **Urétrocystoscopie** est pratiquée le 28 février 1931, montrant la présence d'une seule Néoformation cervicale, paraissant Polypeuse, grosse comme un pois, siégeant à la partie inférieure étroite du col, et de deux formations très vascularisées d'aspect *Angiomateux* sur la région Urétrale immédiatement adjacente; le col et l'urètre voisin sont très vascularisés: il y a certainement des phénomènes intenses de congestion dans toute la région.

En revanche, toute la muqueuse de la vessie proprement dite est absolument normale: l'examen cystoscopique du collègue urologue étant donc exact et se trouvait ainsi pleinement confirmé; mais aussi était confirmé par ce cas que *c'est seulement par l'urétrocystoscopie que de telles lésions peuvent être révélées et diagnostiquées.*

Un *Etincelage* à la haute fréquence de cette Néoformation est pratiqué le 5 mars, avec léger curettage complémentaire des zones pseudoangiomateuses. Sonde laissée à demeure pendant 12 jours.

Un prélèvement aseptique pratiqué le 20 mars, au cours des lavages vésicaux ultérieurs nécessaires, montre, comme lors d'un premier examen préopératoire, « l'absence de pus, l'existence d'hémathies avec leucocytes en proportion du sang, et l'absence complète de microbes, aussi bien sur frottis qu'en culture ».

On s'occupe alors de son état intestinal, et un examen des matières fécales montre un taux des putréfactions très augmenté: un régime adéquat est institué.

Les suites post-opératoires un peu plus éloignées montrent une amélioration immédiate; mais, comme c'est le cas si fréquemment, et particulièrement chez des malades à système nerveux très irritable, elle a présenté à trois reprises une nouvelle poussée d'irritation vésicale; seulement, chacune d'elles devient très temporaire, n'ayant duré que quelques heures chaque fois. D'ailleurs, à la fin de l'année 1930, le calme est revenu complètement dans sa vessie, et parallèlement *l'état psychique s'est complètement transformé*, elle a pu reprendre régulièrement l'exercice de ses fonctions d'institutrice, et, huit mois après l'intervention endoscopique, l'état de cette jeune femme se trouvait absolument transformé. En effet, le 17 juin, elle revient voir le docteur HEITZ-BOYER, qui note: « Plus aucun trouble vésical, aucune fréquence (sauf juste un jour avant les règles); état général transformé, plus de fièvre: elle n'a plus interrompu un seul jour ses fonctions. En somme, état parfait, sauf trois poussées d'herpès, la dernière il y a trois mois, avec toute la bouche prise, mais sans fièvre. »

A signaler encore dans les années suivantes (elle a été revue en février 1935) une poussée fébrile dont on n'a pas trouvé d'explication nette, au cours de l'année 1934; et enfin en 1935 des accidents de crachement de sang assez mal caractérisés (hématomèse ou hémoptysie?) qui l'ont fait venir à nouveau consulter le docteur HEITZ-BOYER, qui l'a adressée à son collègue très compétent, le docteur Rist; celui-ci a répondu, le 12 juin 1935, « qu'il ne constatait rien de pulmonaire et qu'il croyait que le crachat sanglant qu'avait eu la patiente, il y a trois semaines, était en rapport avec une angine et vraisemblablement avec un peu de trachéite. Actuellement encore elle présenterait une pharyngite catarrhale chronique entretenue par une légère déviation de la cloison vers la droite »; et il conclut son examen en disant: « Je crois qu'on peut la rassurer entièrement. »

A cette occasion, on a pratiqué un prélèvement aseptique de l'urine qui a montré, comme toujours, « l'absence de tous microbes et de tout pus ».

La patiente est repartie tout à fait rassurée, ayant confirmé à HEITZ-BOYER la guérison complète de ses troubles urinaires; elle conserve un état général absolument normal qui lui a permis d'assurer, sans la moindre interruption, son

service d'institutrice, chose d'autant plus heureuse pour elle, que ses accidents antérieurs avaient éveillé chez ses supérieurs l'idée de troubles tuberculeux, et qu'en 1932 une enquête avait été faite à ce point de vue, dont les conclusions auraient risqué de lui briser sa carrière.

En résumé, voici encore une observation typique de Maladie Néoforme du Col Vésical présentée par une jeune femme, chez laquelle elle avait entraîné des troubles Psychiques qui avaient failli la conduire au suicide, et la faire isoler, en même temps que les troubles urinaires risquaient de briser sa vie entière, en ne lui permettant plus d'exercer une carrière qui était son seul moyen d'existence ! On peut donc dire que le fait d'avoir posé ce diagnostic a présenté en pareil cas une *importance absolument vitale* pour la patiente, et qu'une telle histoire suffit, à elle seule, pour justifier l'intérêt et l'importance primordiale que présente la notion encore si souvent méconnue, de ces néoformations cervico-urétrales, dont la fréquence est insoupçonnée chez la Femme.

Signalons tout particulièrement la contradiction apparente, chez elle, entre ces troubles mictionnels si intenses et une urine absolument normale, claire et aseptique : nous avons vu que HEITZ-BOYER considérait une telle association, au premier abord, paradoxale, comme étant caractéristique d'une série de ces cas de Néoformations inflammatoires, et qu'elle permettait même cliniquement d'en présumer l'existence : sa constatation revêt ainsi une signification capitale chez une patiente atteinte de Cystites rebelles dont on aura écarté l'origine tuberculeuse.

CONCLUSIONS

I. Sous le nom de MALADIE NÉOFORMANTE DU COL DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME (ou encore LÉSIONS NÉOFORMANTES INFLAMMATOIRES DU COL VÉSICAL, ou URÉTRO-CYSTITE NÉOFORMANTE), il faut comprendre un ensemble nosologique très net, qui a permis à HEITZ-BOYER de l'autonomiser depuis une quinzaine d'années: survenant presque exclusivement dans le sexe féminin, correspondant à des lésions souvent minimes de la région uréthro-cervicale, lésions **en saillie** toujours, mais de proéminence variable, elle entraînera l'apparition d'accidents sérieux, accidents surtout locaux de Cystite, mais parfois généraux aussi, et dont l'évolution rebelle et récidivante troublera profondément la vie de ces patientes.

II. Cette évolution **rebelle** et **récidivante** caractérise une telle maladie, rendant de simples Cystites non tuberculeuses (par principe éliminées de ce cadre) une affection redoutable, grave par le retentissement qu'elle comportera sur l'activité de ces femmes, qui auront leur existence, soit de « travail », soit « d'agrément » véritablement « empoisonnée ».

III. Au point de vue Anatomo-pathologique, ces saillies ou « néoformations » sont de nature INFLAMMATOIRE, succédant pour HEITZ-BOYER, à une *irritation prolongée de la muqueuse cervico-urétrale d'origine infectieuse ou toxique*, et dont la source, le plus souvent d'origine entérorénale par processus exentéral, peut être également une bactériurie staphylococcique, plus rarement une infection vénérienne ou surtout

post-vénérienne. Dans les cas déjà anciens se créera dans ces bourgeons inflammatoires une organisation structurale histologique, dont la signature est la présence à leur intérieur d'un *pédicule Vasculaire* plus ou moins ramifié, et qui signifiera que dès lors une destruction chirurgicale pourra seule les faire disparaître.

IV. La Symptomatologie est à la fois locale et générale :

a) *locale*, — elle comporte en principe le trépied classique de la Cystite: douleur et fréquence des mictions, purulence des urines; mais l'un des trois symptômes pourra manquer, et tout particulièrement le dernier: on aura alors la forme la plus typique de la Maladie Néοformante, la « Cystite à urines claires » d'HEITZ-BOYER ou « Cystite mécanique », qui d'emblée, de par les seuls signes cliniques, devra faire penser à l'existence probable de ces lésions Néοformantes; mais également, il peut y avoir fréquence sans douleur. Ces caractères un peu anormaux, contradictoires, joints à celui capital de leur Evolution rebelle et récidivante, résistant à tous les traitements classiques, permettront neuf fois sur dix de poser sur ces seuls signes cliniques un diagnostic de présomption.

b) *générale*, — ce sont avant tout des troubles *psychiques*, résultant de la prolongation et du retour toujours menaçant de ces troubles locaux si douloureux et si gênants: le trouble apporté ainsi à la vie, et d'autre part le caractère mystérieux de la cause lorsque le médecin n'aura pas pratiqué une Uréthro-cystoscopie, le fait qu'alors le médecin et l'entourage de la patiente seront conduits à traiter celle-ci de « malade imaginaire » tandis qu'elle souffre vraiment, arriveront à exaspérer et ulcérer la malade et en feront une neurasthénique déprimée ou révoltée: un tel état psychique a pu conduire à hospitaliser dans des mai-

sons de santé spéciales de telles malades, qu'un traitement approprié a immédiatement guéries de leurs troubles mentaux.

V. Le Diagnostic positif et précis ne peut être fait que par une URÉTROCYSTOCOPIE, *la Cystoscopie étant alors inopérante* et conduisant même à des erreurs regrettables, puisqu'elle fera nier toute origine réelle à des troubles existants. Cette Urétrocystoscopie doit être faite avec une minutie extrême, et selon des règles très strictes qu'a précisées HEITZ-BOYER.

VI. Les *aspects Endoscopiques* sont d'une diversité extrême et souvent très complexes, ayant un caractère commun de faire des *saillies*, non seulement au niveau de la marge du col vésical, mais aussi de son versant vésical et surtout urétral, où il faut aller chercher souvent la *base d'implantation* de ces néoformations.

Un peu schématiquement, HEITZ-BOYER a pu y distinguer cinq aspects morphologiques, ne correspondant pas de façon précise à une base anatomique :

1) variété *Polypeuse*, pédiculée ou sessile, celle-ci parfois minime et prenant un aspect papillomateux en « bordure de gazon » ;

2) variété *Kystique* ;

Ces deux variétés pouvant s'associer sur une même saillie ;

3) variété *Œdémateuse*, soit *dure*, formant alors des dents ou dentelures à pointes plus ou moins acérées, — soit *molles*, et alors à forme d'œdème bulleux vésiculeux ;

4) variété *Angiomateuse* ou pseudo-angiomateuse, très vasculaire, mais peu saillante en général ;

5) variété en forme d'*Abcès*, isolé ou confluent.

Nous avons dit l'importance d'un *Pédicule Vasculaire* à l'intérieur des deux premières variétés de néoformations.

En dehors de ces saillies, parfois uniques, mais le plus souvent multiples, et dont les différentes variétés coexisteront souvent, la région cervicale peut être saine, ou au contraire enflammée et malade de façon diffuse: cette dernière variété conduira à une thérapeutique particulière complémentaire.

VII. Le Traitement comporte toujours une **destruction locale** immédiate d'ordre *Chirurgical*, et souvent un traitement *Médical* ultérieur complémentaire pour éviter le retour de ces néoformations.

Le traitement local doit être **Chirurgical**: l'expérience l'a montré à HERTZ-BOYER, qui a vu l'inefficacité constante sur de telles lésions de lavages répétés et d'instillations même les plus fortes, les titres de 20 et même 40 % de nitrate d'argent ne les détruisant souvent pas. Ce traitement se fera par les voies naturelles grâce à l'*Urétrocystoscopie*, en recourant à la Haute Fréquence sous forme d'*Etincelage*, d'étincelage froid ou tiède, avec courants amortis de haute tension obtenus par résonateur: les nouveaux Courants coupants sont à repousser, de même que les anciens courants d'Electrocoagulation, trop brutaux les uns et les autres.

Cette destruction localisée de chaque saillie, devra être complétée dans certains cas par un *Curetage électrique* plus ou moins étendu de tout le col, s'il est alors plus ou moins malade en son ensemble dans l'intervalle des saillies: ce curetage doit être fait avec grande précaution avec des étincelles rigoureusement froides.

Le traitement **Médical** complémentaire doit être mis en œuvre tout particulièrement lorsque l'origine première de ces néoformations inflammatoires par

irritation prolongée réside dans un syndrome Entérorénal plus ou moins rebelle et qui aura été cause des lésions qui viennent d'être traitées chirurgicalement.

VIII. Les Résultats de cette thérapeutique chirurgicale dépassent, dans l'immense majorité des cas, toutes les espérances: en effet, dans les deux à trois mois suivant l'intervention, on voit une transformation complète de ces patientes, aussi bien au point de vue local, tous ses troubles de cystite disparaissant par enchantement, qu'au point de vue général, le caractère de ces patientes si souvent assombri par la maladie se trouvant changé du tout au tout et en particulier tous les troubles psychiques cessant alors. Ce n'est que dans une proportion infime qu'HEITZ-BOYER a vu persister sur un terrain alors nettement névropathique, soit un état d'irritation vésicale mais déjà toujours atténué, soit un état psychique qui, quoique lui aussi profondément transformé, persistait: mais alors la lésion locale n'était qu'un épiphénomène dans un état névropathique constitutionnel.

Un recul de quinze années permet d'affirmer que de tels résultats heureux peuvent être définitifs, si la patiente a bien voulu s'astreindre à traiter non seulement *l'effet* que constituent ces lésions néoformantes, mais également la *cause* qui a pu les produire et qui sera naturellement toujours susceptible de les reproduire si elle persiste.

Vu: *Le Doyen*,
ROUSSY.

Vu: *Le Président de Thèse*,
G. MARION.

Vu et permis d'imprimer:
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

